

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور الطاهر مولاي سعيدة

كلية الحقوق و العلوم السياسية

– قسم العلوم السياسية –



الموضوع:

إصلاح النظام الصحي في الجزائر

دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة ولاية سعيدة
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية
تخصص: سياسات عامة و تنمية

تحت إشراف الأستاذ :
• بلقور علاء الدين

من إعداد الطالبة :
• محيوز فاطمة

لجنة المناقشة

رئيسا

الأستاذ: طارق عاشور

مشرفا ومقررا

الأستاذ: بالنور علاء الدين

عضوا مناقشا

الأستاذ: بروسى رضوان

السنة الجامعية 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

وصلى الله على صاحب الشفاعة سيدنا محمد النبي الكريم، وعلى اله وصحبه الميامين،
ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين وبعد.

إلى من عمل بكد حتى تشقت يدها و علمني معنى الكفاح و أوصلني إلى ما أنا عليه
"أبي الحبيب الحنون " أدامه الله لي.

إلى من لم تدخر نفسا في تربيتي وأعاتني بالصلوات و الدعاء " أمي الحبيبة الصبورة".
إلى قرتا عيني أخي الصغير ياسر وابن أخي فارس.

إلى إخوتي محمد، فتحي، صديق، ابراهيم

كما اهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من عمال والإخوة في الله إخواني وأخواني
في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحساسنة كل باسمه اخص

إلى من مدوا لي يد العون في مديرية الصحة والسكان كل من د. إسماعيل
الجيلالي، ولد قادة عبد الكريم، راشدي الطاهر.

إلى كل من صديقاتي العزيزات جميلة، حليلة، حميدة، مليكة، مختارية، باية.

إلى كل طلبة السنة الثانية ماستر سياسات عامة و تنمية دفعة 2016 و خاصة
الفوج الثالث.

الشكر

الشكر لله والحمد لله شكراً وحمدل يليقان بجلاله وعظيم سلطانه
أن وفقنا لإتمام هذا العمل ، ونتوجه بالشكر والتقدير كذلك إلى:
الأستاذ "بالنور علاء الدين" الذي قبل الإشراف على هذه لدراسة،
ولم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه وحمل هم الدراسة معنا وكان
يشجعنا دون كلل أو ملل بالرغم من مهامه و إنشغاله الكثيرة.
والشكر والتقدير كذلك للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة.
والشكر والعرفان لكل أساتذة قسم العلوم السياسية بجامعة سعيدة ،
الذين لم يبخلوا علينا بالتوجيه والتشجيع.
وإلى الأستاذ "بوزيدي عبد الرحمن" و مساعدته في الترجمة.
وإلى الأستاذ "خروبي بزارة عمر" بجامعة شلف
و إلى كل من مد يد العون من قريب أو من بعيد.

محيوز فاطمة

المقدمة

مقدمة

يكتسي موضوع الصحة أهمية بالغة في الأوساط العلمية والبحثية ، حيث يلقي اهتماما من طرف الباحثين المتخصصين في حقل السياسات العامة والتنمية، ولقد استمدت الصحة هذه الأهمية من خلال علاقتها الوطيدة بالفرد وحياته المعيشية. وإذا كان توفير حياة كريمة للفرد وإحاطته بظروف صحية جيدة، من أهم الوظائف التي تعكف الحكومات على تجسيدها، فلقد اهتمت كل الدول العالم بصحة أفرادها ولكن بأساليب وأنظمة صحية مختلفة، وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية ومالية وموارد بشرية وتقنية، إذ يعد تقديم خدمات صحية ذات جودة ونوعية من الأهداف الرئيسية لأي نظام صحي.

يتضمن النظام الصحي مجموعة من الهياكل والمؤسسات الإدارية و الخدماتية، يقوم على تسييرها أفراد ذوي مهارات وتخصصات مختلفة، ويعتبرون المحرك الرئيسي لها. ونظرا لقدرات الدول المحدودة، وغياب الإرادة السياسية لدى صناع القرار، تعاني العديد من الأنظمة الصحية من اختلالات في شتى الجوانب (التنظيمية، الهيكلية، المالية، ... الخ)، حالت دون تقديم خدمات صحية ذات نوعية، وعليه فقد باشرت العديد من الدول لاسيما في العالم الثالث، جملة من الإصلاحات التي مست أنظمتها الصحية، بغية تفعيلها وإضفاء النجاعة عليها، وهذا تكيفا مع التطورات والظروف والتحديات التي تواجهها هذه الدول.

تعتبر الجزائر إحدى الدول التي اهتمت كل الاهتمام بصحة وسلامة أفرادها وذلك مباشرة بعد استرجاع السيادة الوطنية بعد قرابة قرن ونصف القرن من همجية الاستعمار الفرنسي، والتي نتج عنها ظروف وأوضاع معيشية و صحية متدهورة عانى منها الشعب الجزائري.

غداة الاستقلال اتخذت الدولة الجزائرية نهجا اشتراكيا لنظامها السياسي والاقتصادي كقطيعة مع النظام الليبرالي الاستعماري الفرنسي. ففي هذه المرحلة بالذات ، كان على الدولة الجزائرية اتخاذ إجراءات إستعجالية من أجل القضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة التي كانت سائدة في المجتمع الجزائري والتي خلفت عددا معتبرا من الوفيات والإعاقات لاسيما وفيات الأطفال. فعمدت إلى إنشاء أول وزارة للصحة، وتبني سياسة إصلاحية لنظامها الصحي مرت بعدة مراحل مختلفة منذ الاستقلال

إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحلة على حدى، سواء الظروف السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية والبيئية.

وعليه سنتناول سياسة إصلاح النظام الصحي في الجزائر، وذلك في الفترة الزمنية المحددة من 1999م إلى 2015م من زاوية التحليل السياسي دون إهمال الجانب القانوني والإجتماعي للدراسة، من خلال كشف أهم الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والاطلاع على مضمون الإصلاحات التي قامت بها الحكومة الجزائرية في سبيل تحسين الخدمات الصحية المقدمة وجعلها ترقى لتطلعات المواطن الجزائري.

1 إشكالية والفرضيات للدراسة:

إن إشكالية الدراسة هي من اجل معالجة موضوع الدراسة، وبالنظر لعنوان البحث وطبيعته ستكون صياغة الإشكالية على النحو التالي:

❖ ما مضمون الإصلاحات التي انتهجتها الجزائر للنظام الصحي وهل حققت الأهداف المرجوة منها؟ و تندرج تحت هذه الإشكالية مجموعة من التساؤلات الفرعية:

1- ما المقصود بالنظام الصحي و السياسة الصحية؟

2- ما الذي نعنيه بإصلاح النظام الصحي؟

3- ما أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي بالجزائر؟

4- ما هي اختلالات النظام الصحي في الجزائر؟

5- ما هي أهم المجالات التي مستها الإصلاحات التي باشرتها الدولة؟

6- وهل حققت عملية الإصلاح النظام الصحي في الجزائر أهدافها؟

للإجابة على التساؤلات المطروحة في إشكالية البحث قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

1- مجالات إصلاح النظام الصحي في الجزائر اقتصرت على جوانب م عينتها (هيكلية وتمويلية).

2- الأهداف المرجوة من الإصلاحات التي سعت إليها الدولة في مجال النظام الصحي كانت

بشكل محدود ولم ترقى إلى المستوى المطلوب.

3- إصلاح النظام الصحي في جانبه المادي والهيكلية على حساب الاهتمام بالموارد البشري لا تؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها الإصلاحات الصحية.

2 مبررات الدراسة:

إن لكل دراسة مبرراتها، ويأتي اختيار الموضوع محل الدراسة بناء على مبررين أساسيين هما:

*المبررات الذاتية:

بحكم دارستي المتخصصة في مجال السياسات العامة، حاولت أن أتناول الموضوع محل الدراسة باعتباره سياسة قطاعية تدخل في مجال التخصص المذكور سابقا. أما اختياري لموضوع الصحة فهو من باب رغبتني الجامعة في التعرف على خبايا هذا القطاع الذي اعتبره عصب التنمية في جميع المجالات.

*المبررات الموضوعية:

تأتي هذه الدراسة كمحاولة لإبراز أهمية الصحة وأبعادها وانعكاساتها على مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. وعليه سأتناول هذه دراسة اعتبارا للمبررات التالية.

-أهمية الصحة باعتبارها من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لقياس مستوى التنمية في بلد ما.

-معرفة واقع النظام الصحي في الجزائر وأهم العوائق والتحديات التي واجهته.

-محاولة إبراز مدى نجاح أو فشل سياسة إصلاح النظام الصحي في الجزائر المنتهجة خلال الفترة المدروسة، ومعرفة أهم مجالات الإصلاح التي باشرتتها الدول الجزائرية.

3- أهمية الموضوع:

إن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية كبيرة من جانبيين رئيسيين : الأهمية العلمية والأهمية العملية وسنتطرق إلى كل جانب على حدى.

*الأهمية العلمية :

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها من الموضوعات الهامة التي تناولها حقل السياسات العامة بالتحليل والتنظير، باستعمال الوسائل العلمية التي تقوم على توظيف المداخل والمناهج الملائمة.

فالنظم الصحة كظاهرة ومالها من انعكاسات سياسية واجتماعية وحتى اقتصادية، أثارت اهتمام العديد من الهيئات الوطنية والدولية والحكومية وغير الحكومية والمؤسسات التعليمية (الجامعات والمعاهد العلمية المتخصصة) الذين قاموا بإجراء دراسات وإصدار أبحاث ونشرات تختص بمختلف أبعادها وانعكاساتها على مختلف المجالات الحياتية .

*الأهمية العملية:

تستمد هذه الدراسة أهميتها العلمية من خلال الوقوف على حالة النظام الصحي في الجزائر والإصلاحات التي باشرتها الدولة من خلال تقييم نتائجها بالأهداف التي تم برمجتها أثناء عملية صنع هذه السياسة وهنا تكمن أهميتها العملية، فالقضاء على المشاكل الصحية التي يتخبط فيها النظام الصحي الجزائري، لا يكون بالإصلاحات الترقيعية، ولكن عن طريق وضع سياسة صحية قائمة على مؤشرات ومعايير تتصل بالإنفاق والموارد الصحية والتنظيم الإداري والصحي في الدولة، وإدراك مشكلاتها الأساسية مما يسمح بتحقيق أفضل النتائج، وهو تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للسكان من طرف قطاع الصحة في الجزائر، وهو الهدف الذي نسعى من وراءه من خلال هذه الدراسة، وتصحيح المسار الذي وضعت من أجله هذه السياسة.

4-أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر (سياسة إصلاح النظام الصحي) وقد ركزنا على الفترة الممتدة من 1999 إلى يومنا هذا وذلك من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في هذه الفترة، وعليه يمكن إبراز أهم أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

-تشخيص المشاكل والاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر.

-محاولة تحليل السياسة الإصلاحات للنظام الصحي في الجزائر.

-تقييم مجالات الإصلاحات التي باشرتها الدولة من خلال دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة لولاية سعيدة.

-ضرورة تحسين الظروف الاجتماعية والمهنية للسلك الطبي والشبه الطبي والإداري والمهني القائم على تسيير هذا القطاع.

5- أدبيات الدراسة:

لقد تم التطرق إلى هذا الموضوع بالدراسة والبحث من طرف الباحثين الأكاديميين سواء باللغتين العربية أو الفرنسية ونذكر في ذلك على سبيل الذكر لا الحصر :

1-كتاب للدكتور " نور الدين حاروش "إدارة المستشفيات العمومية في الجزائر" والذي تطرق فيه إلى أسلوب تسيير المستشفى العمومي بالجزائر(المستشفى الجامعي) و المشاكل التنظيمية التي أصبحت تعاني منها المؤسسات الصحية بشتى أنواعها، وغموض العلاقات الرسمية داخل هذه المؤسسات مما أدى إلى ظهور ما يسمى بأشكالية السلطة داخل المؤسسات الصحية.

2-بعض الدراسات منشورة في شكل مقالات نذكر على سبيل المثال مقال للأستاذة براحو فافة سهيلة "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، واقع و أفاق"، نشرت على صفحات مجلة "دراسات إستراتيجية"جانفي 2009 التي تصدر بالجزائر، وهي عبارة عن دراسة من جانبها الإقتصادي والإجتماعي، وتناولت في هذا المقال تأثير صحة الفرد على النمو الإقتصادي ككل، ومقال للأستاذ الدكتور نور الدين حاروش"السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع"، نشرت على صفحات نفس المجلة جوان 2009، حيث إرتكز في تحليله لهذا الموضوع على منطلقات أساسية، ونعني بها المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر، وربطها بالنهج السياسي الأيديولوجي للسلطة السياسية في الجزائر، ثم تناول فيها المراحل الأساسية التي مرت بها هذه السياسة، وربطها بالظروف الصحية للسكان والأحداث الهامة الحاصلة في الساحة السياسية في الجزائر، وفي الأخير توصل إلى أن صحة السكان تحسنت بمرور المراحل حسب التقسيم الزمني الذي أسس عليه تحليله، من خلال القضاء على بعض الأمراض التي فتكت بشريحة واسعة من السكان خاصة الأطفال منها مثل مرض الحصبة والشلل...إلخ، ومع ذلك وجب العمل على إحداث تغيير جذري في قطاع الصحة حتى يتجسد حق الصحة لكل المواطنين.

3-دراسات جامعية أكاديمية غير منشورة، نذكر منها رسالة ماجستير للطالب " خروبي بزاره عمر بعنوان إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، حيث تناول فيها التطور التاريخي للمنظومة الصحية ومراحل عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر واسقط دراسته الميدانية على المؤسسة الاستشفائية بالشلف"، ومذكرة ماجستير من إعداد الطالب حسيني محمد العيد بعنوان السيلسة العامة الصحية في الجزائر،دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث والذي قدم من خلالها دراسة حول السياسة العامة والصحية،بحيث تطرق إلى مفاهيم والتطور التاريخي لكل منهما، وإمكانية الاعتماد على الاقتراب المؤسسي الحديث في دراسة السياسة العامة في الجزائر ومنها السياسة الصحية.

6-حدود الدراسة:

سنتعرض إلى حدود الدراسة المتداولة في كل الدراسات الوصفية الميدانية، وهي الحدود الجغرافية، والحدود الزمنية.

أ - الحدود الجغرافية:

تم معالجة موضوع الدراسة في الجزائر من خلال تطرق لأهم الإصلاحات التي مست النظام الصحي في الجزائر وقد تضمن هذا البحث دراسة ميدانية لإحدى مؤسسات هذا النظام وهي مؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة لولاية سعيدة.

ب -الحدود الزمنية:

لقد تم تحديد الفترة الزمنية للدراسة من سنة 1999 إلى يومنا هذا، حيث تزامنت هذه الدراسة مع دخول الجزائر فترة جديدة من الإصلاحات التي مست مجمل القطاعات الحيوية المحركة للاقتصاد الوطني، وقطاع الصحة أحد هذه القطاعات التي أعتبرها المحرك الرئيسي لعجلة التنمية في الجزائر.

7-المنهج و الإقترابات المستعملة:

أولاً: المنهج.

المنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في

العلم، "إنه الطريقة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم.¹" فإستخدام المناهج وطرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة، ويمكن إستعمال مجموعة من المناهج في دراسة مختلف الظواهر وهذا في إطار التكامل المنهجي المتعارف عليه والمعمول به من طرف الباحثين الأكاديميين في مختلف العلوم الإنسانية والإجتماعية على الخصوص. وتكتسي طبيعة البحوث الكمية والإستطلاعية خصائص معينة، تحتم علينا إستخدام مجموعة من المناهج، وبالنظر إلى كون موضوع هذا ، قمنا بإستعمال المناهج التالية:

المنهج الوصفي:

الذي يعتبر من بين المناهج الأكثر شيوعاً و إستخداماً في الدراسات الكمية والإستطلاعية، أو ما يسمى بالدراسات المسحية الشاملة، وهذا بغية الوصول إلى معرفة كل حيثيات وجوانب الظاهرة محل الدراسة والتحليل، فالمنهج الوصفي يعرف "بأنه تلك الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث في دراسته لظاهرة إجتماعية أو سياسية معينة وفق خطوات بحث معينة يتم بواسطتها تجميع البيانات والمعلومات الضرورية بشأن الظاهرة وتنظيمها وتحليلها من أجل الوصول إلى اسبابها ومسبباتها والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي إستخلاص نتائج يمكن تعميمها مستقبلاً² "

وقياساً على ذلك، وجدنا أن هذا المنهج يكتسي أهمية كبيرة في دراستنا هذه، لما له من دور فعال في وصف وتجميع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة المتمثل في عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر.

المنهج التاريخي:

يعتبر هذا المنهج الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية والأكاديمية لما له من أهمية بالغة في نقصي الحقائق التاريخية عن الظاهرة محل الدراسة، ومحاولة الإستفادة من تجارب الماضي، وصدق من قال بأن فهم الحاضر يكون بدراسة الماضي ومن ثم يمكن التنبؤ بالمستقبل.

¹ - عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية، الجزائر، موفم للنشر، 2002، ص29.

² - عبد الناصر جندي، تقنيات و مناهج البحث في العلوم السياسية و الإجتماعية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص200-201.

ولقد قمنا بإستعمال المنهج التاريخي في هذه الدراسة المتواضعة، من خلال التطرق إلى الخلفيات التاريخية لنظام الصحي في الجزائر بالإستعانة ببعض الوثائق والكتابات التاريخية، ومجمل التطورات الحاصلة عبر مختلف الفترات الزمنية والمكانية للظروف الصحية التي ميزت الجزائر منذ الفترة ما بعد الاستقلال إلى يومنا هذا.

منهج دراسة الحالة:

لقد كان لإستعمال هذا المنهج الفائدة الكبيرة في الفهم الدقيق والعميق لموضوع البحث المائل أمامنا، فلكون الدراسة تمس قطاع هام ومعقد من جهة، وإستحالة دراسة كل الهياكل والمؤسسات المكونة لقطاع الصحة من ناحية أخرى، إرتأينا إختيار حالة الجزائر من أجل إجراء هذا البحث . كما تضمن هذا البحث دراسة ميدانية ممثلة في المؤسسة العمومية لصحة الجوارية بالحاسنة ولاية سعيدة والتي تستوجب مناهج خاصة بها هي:

المنهج الإحصائي:

يعد هذا المنهج من بين المناهج العلمية التي أضفت الصبغة العلمية على الأبحاث السياسية والإجتماعية والتي تهتم بدراسة وتحليل الظاهرة الإجتماعية من الناحية الكمية، وتطبيقاً لذلك قمنا بالإستعانة بمجموعة من الإحصائيات والأرقام، ومحاولة تبويبها ووضعها في شكل جداول ثم القيام بتفسيرها وشرحها، ثم الوصول إلى نتائج معينة بأكثر دقة ممكنة.

أدوات المنهجية المستخدمة.

إن استعمال منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة ، والتي بواسطتها يمكن معرفة واقع وميدان الدراسة ، وما دامت مصادر البيانات متعددة فقد يلجأ الباحث إلى استخدام أدوات تسمح له بالحصول على البيانات اللازمة من المصادر المختلفة، وذلك حسب ما تقتضيه كل دراسة . و في هذه الدراسة استخدمنا الأدوات المنهجية التالية :

1-الملاحظة: وتعتبر من الأدوات المنهجية الهامة في جمع البيانات، وقد استخدمنا الملاحظة المباشرة في تعاملنا مع العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة وذلك بمختلف

مستوياتهم التنظيمية ورتبهم المهنية، وتخصصاتهم وطبيعة أعمالهم، مستفسرين عن ظروف عملهم من حيث العلاقات الاجتماعية القائمة، المفروضة عليهم والمتعلقة خاصة بطبيعة العمل ومدى مشاركتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل وطرق الاتصال بين مختلف المستويات التنظيمية ومختلف الجماعات الفاعلة في مجال العمل بالمؤسسة ومن حيث توفر الوسائل اللازمة لأداء مهامهم، وكذا المورد البشري والكفاءات المتوفرة لهذه المؤسسة الصحية، وهذا من أجل الحصول على البيانات والمعلومات التي تخدم موضوع الدراسة، وعلى هذا الأساس اعتمدنا على الملاحظة لجمع البيانات والحقائق عن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة.

2-المقابلة: هي عبارة حوار الباحث مع شخص معين، يطرح خلاله الباحث أسئلة محددة للحصول على إجابات دقيقة بشأنها. كما أنها تزودنا بمعلومات مفيدة عن الموضوع محل الدراسة والتحليل³. ولهذا استعملنا المقابلة الحرة في جمع بعض البيانات الضرورية التي تخدم موضوع الدراسة الراهنة وقد استخدمت المقابلة في المجالات التالية:

1/ مقابلة مع بعض الإداريين بغرض الحصول على البيانات المتعلقة بالإمكانات المادية والبشرية، الهيكل التنظيمي، توزيع العمال والمشرفين والمدراء على مختلف المستويات التنظيمية في المؤسسة، وتوضيح كيفية تنظيم العمل وتقسيم الأدوار، وأساليب التسيير المعتمدة.

2/ مقابلة مع الأطباء ورؤساء المصالح الاستشفائية وتوضيح الأهداف المرجوة من الدراسة والغرض منها.

3/ مقابلة مع العمال المهنيين وذلك لشرح الغرض من البحث والاستفسار عن الظروف التي يعملون فيها وهذا من أجل كسب ثقتهم و بالتالي الإدلاء الموضوعي للمعلومات والبيانات.

3-اسلاتمارة:

تعد الاسلاتمارة من أكثر الأدوات المستخدمة لجمع البيانات خاصة في العلوم الاجتماعية، فهي عبارة عن محاور تحتوي على مجموعة من الأسئلة الدقيقة التي تبحث عن إجابات مختصرة

³-د. عبد الناصر جندلي، مرشد الباحث في المنهجية وكيفية اعداد واخراج البحوث الجامعية، دار هومة، ص43.

جدا عن طريق استخدام كلمات مثل: نعم، لا، ربما، لا اعرف. وتكون أسئلة الاستبيان غير قابلة للتغيير أو التعديل⁴ والتي يتم إعدادها إعدادا محكما ودقيقا انطلاقا من الأسئلة التي أثارها مشكلة البحث وأهداف الدراسة من جهة، والفرضيات ومؤشراتها من جهة ثانية وبما أن الاستمارة تعد المرحلة الأكثر تجزئة للبحث فهي تحتاج إلى الصياغة المحكمة و الواضحة لأسئلتها حتى نتمكن من اختيار الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة.

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الاستمارة بالمقابلة بهدف الحصول على معلومات دقيقة و صريحة، خاصة وأن أفراد العينة يختلفون من حيث المستوى التعليمي و لغة التكوين، و نقاديا لعدم فهم أسئلة الاستمارة حرصنا على أن نكون على اتصال مباشر بعينة الدراسة لضمان الإجابات الموضوعية والدقيقة ومعرفة الاتجاهات الصريحة التي تتطلب التعليل والشرح، لذلك صيغت الاستمارة باللغة العربية الفصحى وطرحت حسب لغة تكوين المدروسين ومستوياتهم (باللغة العربية الفصحى واللغة الفرنسية، وأحيانا بالدراسة)

و قبل أن تصبح استمارة الدراسة الراهنة في صيغتها النهائية مرت بعدة مراحل أهمها:
استمارة لوائية بعد أن أبدى الأساتذ لاشرف لوحها عدة ملاحظات وتوجيهات شملت صياغة الشكل والمضمون، ثم عرضها على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في كل من جامعة د. مولاي الطاهر - سعيدة - بهدف إفادتنا ببعض الملاحظات حول مدى صدقها وكفاءتها في قياس متغيرات الدراسة، وبعد إدخال التعديلات اللازمة كان التوجه إلى ميدان الدراسة والتطبيق على (10) مفردات من مجتمع البحث، من أجل تجربتها والوقوف على مدى فهم مفردات الدراسة لأسئلتها والكشف عن جوانب النقص فيها، وإضافة ما يجب إضافته من الأسئلة وحذف ما يمكن حذفه منها، تمت صياغة الاستمارة في شكلها النهائي وقد شملت 17 سؤالا موزعة على ثلاث محاور كالتالي:

- تحليل إجابات الأفراد حول المعلومات الشخصية، يحتوي على 04 أسئلة من [1-5]

⁴د. عبد الناصر جندلي، المرجع السابق، ص 42.

- تحليل إجابات الأفراد حول الرضا المهني و يحتوي على 03 أسئلة من [6-8]

- تحليل إجابات الأفراد حول عملية الإصلاح النظام الصحي من [9-17]

ثانيا: الاقتراب المنهجية.

أما الاقتراب التي تم توظيفها في إطار الدراسة تتمثل في:

• **الاقتراب القانوني :**

وذلك بالرجوع إلى النصوص القانونية الدستورية التنظيمية المتعلقة بالسياسات الصحية في

الجزائر، وتأثيرها على سلوكيات الفاعلين في المجال الصحي واداءات الهياكل الصحية وتنظيمها.

• **الاقتراب المؤسسي:**

وهو من الاقتراب التي تتخذ من ا لمؤسسات الصحية وحدة للتحليل، ودراستها من الجانب

التنظيمي، وتعتبر المصالح والتقاليد والقيم التي تحملها المؤسسة متغيرات هامة تفسر الكثير من

العمل والأداء المؤسسي.

• **الاقتراب النظمي:**

يتخذ هذا الاقتراب النظام وحدة تحليل، والنظام الصحي يشكل جزء من النظام السياسي لابد من

تحليل عملياته وعلاقاته المترابطة والمتداخلة مع بقية الأنظمة الأخرى، ومع البيئة الاجتماعية التي

يتعامل معها والتي يتأثر ويؤثر بها.

8- صعوبات البحث:

إن الصعوبات التي واجهتنا أثناء انجاز هذا البحث لا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية

الباحثين والتي نوجزها في ما يلي:

-النقص الكبير في المراجع سواء تعلق الأمر باللغة العربية أو باللغة الأجنبية.

-إشكالية الترجمة.

-صعوبة الاتصال بالمصالح المعنية للإدلاء بأي معلومات لها صلة بالموضوع وهو ما يكرس مبدأ

البيروقراطية لذوي الإدارات العمومية.

-غياب وتضارب في الإحصائيات والمعلومات بين المصالح الإدارية والوزارات.

- ندرة الدراسات التي تتناول موضوع الأنظمة الصحية وإن وجدت فهي لا تتناول إلا بعض الجوانب الفنية، نتيجة انعدام معايير يستند إليها في عملية التقييم.
- طبيعة الأنظمة المغلقة والتي تصعب من وجود بيانات وإحصائيات دقيقة (غير موثوق بها) والتي غالبا ما تدفع الباحث إلي العزوف عن أي دراسات لهذه السياسات القطاعية.

الفصل الأول

إصلاح النظام الصحي

(إطار نظري)

تمهيد

يتطلب البحث العلمي تدقيقاً في المفاهيم والتعاريف المتعلقة بموضوع البحث وتأسيساً نظرياً ومعرفياً، ونظراً لعنوان الدراسة ومن أجل معالجة إشكالية الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات، والوصول إلى نتائج، سنعالج على هذا الأساس في هذا الفصل النظام الصحي من خلال تعريفه وإبراز مكوناته في المبحث الأول، وبعدها نتطرق للسياسة الصحية كمخرجات له وتقسيماتها وأهم محاورها في المبحث الثاني، وفي المبحث الثالث نتناول إصلاح نظام الصحي وفق مقارنة مفاهيمية.

المبحث الأول: النظام الصحي (التعريف، مكوناته، محدداته)

المطلب الأول: تعريف النظام الصحي

قبل التطرق للنظام الصحي يجدر بنا أن نقدم تعريف للنظام والصحة والصحة العامة. حيث تتكون عبارة (النظام الصحي) لغةً من كلمتين:

أولاً: تعريف النظام

❖ لغويًا: الأصل اللغوي لكلمة "نظام" يُقال: نَظَمَ الشيءَ يَنْظِمُهُ ونَظْمُهُ يَنْظِمُهُ نِظَامًا وَنَظْمًا: أَلْفَهُ وَجَمَعَهُ فِي سَبِيلِكِ وَاحِدٍ فَانْتَضَمَ وَتَنَظَّمَ، هو مفرد النظم¹. ولفظ النظام في اللغة على عدة معان، منها الأشياء المضموم بعضها إلى بعض، وكل خيط ينظم به لؤلؤ أو غيره فهو نظام، ويطلق على الشيء الجامع لتلك الأشياء، كما يشترط أن يراعى في ذلك الشيء الجامع الترابط الذي ليس فيه تنافر، وجمعه أنظمة وأنظمة ونظم. كما يُطلق النظام على السيرة والهدي، والانتظام الاتساق. ويُقال: ليس لأمره نظام أي لا تستقيم طريقته، وكل شيء قرنته بآخر أو ضمت بعضه إلى بعض فقد نظمته. والنظم: هو التأليف، وضم شيء على شيء آخر، والنظام العقد من الجوهر والخرز ونحوها.² وعلى هذا يكون المراد من النظام: هو مجموعة الخطوات المترابطة المتألّفة التي يتم من خلالها تدبير الأمور، وتشييدها بطريقة واضحة لا يصحبها عوج، والاطراد الذي لا يعترضه اختلاف.

❖ اصطلاحًا: النظام هو ترتيب الأمور على نحو معين، لتحقيق هدف محدد، وهناك عدة تعريفات

للنظام منها أنه (مجموعة من القواعد والأجهزة المتناسقة المترابطة فيما بينها،...)³.

وفي مجال السياسة النظام هو شكل من أشكال الحكومة : أي مجموعة القواعد أو العادات الثقافية والاجتماعية التي تنظم عمل الحكومة و تفاعلاتها مع المجتمع، و تتركز افتراضات النظام (System) في النظرية العامة للنظم على:

1- أن النظام هو مجموعة من الأجزاء المترابطة.

¹-مجد الدين الفيروز آبادي، القاموس المحيط، باب الميم، فصل النون، ص1500.

²-زين الدين الرازي، لسان العرب لابن منظور، مادة نظم 578/12، باب النون، بيروت، دار الكتاب العربي، 1425هـ، ص 322.

³-د. ثروت بدوي، النظم السياسي، القاهرة، دار النهضة العربية، 1989م، ص11.

- 2- أن أجزاء النظام تتفاعل فيما بينها.
- 3- أن كل جزء من أجزاء النظام يمكن أن يتصف بدرجة معينة من الاستقلال عن الأخرى المرتبطة به. وعلى أساس تلك الافتراضات، يكون النظام عبارة عن وسط مترابط نتيجةً لسبب أو مدخل (Input) نحو مخرج (Output).
- 4- تؤثر نشاطات أي نظام فرعي على أداء النظام ككل.
- 5- يتأثر أي نظام فرعي بنشاطات الأنظمة الفرعية الأخرى.
- وتقوم نظرية النظم على إمكانية التعامل مع أي ظاهرة طبيعية أو اجتماعية وتحليلها على أساس أنها نظام. وتظهر محاولة إيستون Easton في تقديم فكرة النظام كأساس لتحليل السياسات العامة، في إبراز مخرجات النظام كمحاولة للتعامل مع المدخلات التي تأتيه من البيئة المحيطة، محاولاً دائماً المحافظة على توازنه.¹

إن فائدة نظرية النظم محدودة في دراسة السياسة العامة وذلك لطبيعتها العمومية المجردة، ذلك لأنها لا تساعد في فهم الإجراءات والعمليات التي يتم من خلالها صنع قرارات السياسات العامة داخل النظام السياسي الذي يطلق عليه في هذه النظرية (الصندوق الأسود black box) ولدراسة السياسات العامة تصبح المؤسسات ساحات للسلوك السياسي بتوفيرها لقواعد التفاعل السياسي.²

ثانياً: تعريف الصحة

1 الصحة في اللغة العربية:

في قاموس لسان العرب الصُّحُّ والصَّحَّةُ والصِّحاحُ : خلافُ السُّقْمِ وذهابُ المرضِ، وقد صَحَّ فلانٌ من علته واستصحَّ. وفي الحديث: الصَّوْمُ مَصَحَّةٌ ومَصْحَجَةٌ، بفتح الصاد وكسره، والفتح أعلى، أي يصح عليه، هو مَفْعَلَةٌ من الصَّحَّةِ العافية، وهو كقوله في الحديث الآخر: صَوْمُوا تَصْحُوا.³

¹- احمد مصطفى الحسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، المركز العلمي للدراسات السياسية، عمان، 2002، ص 105.

²- حسيني محمد العيد، السياسة الصحية في الجزائر "دراسة تحليلية من منظور الإقتراب المؤسسي الحديث 1999-2012"،

رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والسياسة، قسم العلوم السياسية، 2012-2013، ص 42.

³- جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، لسان العرب للابن منظور، مصر، القاهرة، دار المعارف، المجلد الرابع، ج 28، 1981، ص 2401.

2 الصحة في اللغة الأجنبية:

❖ في اللغة الفرنسية : SANTE

أصل هذه الكلمة من اللغة اللاتينية "saluto", "salutavi", "salutare" وهي تعني: البقاء سليماً معافى و المحافظة على الجسم. أما في اللغة اليونانية فكلمة ("υγιής") "ugiès" تعني أن يكون الإنسان سليم الجسم والعقل، وكذلك كلمة sano, sanare في اللغة اللاتينية تعني: جعله سليم الجسم، معالجته، إرجاعه إلى جادة الصواب. إذا هي:

- حالة الكائن الحي عندما تكون وظائف كل أعضائه منتظمة ومتناسقة.

- حالة عمل جسم ما (جيدة أم سيئة).

- والتوازن النفسي.

❖ في اللغة الانجليزية HEALTH :

أصل كلمة "Health" هو كلمة "haelb" التي تعني: "تمام العقل، كائن مكتمل، التمام أو الحسن". وفي أصول اللغة الألمانية و الانجليزية hailitho أو Kailo تعني: "الكل، معافى، فال خير" وتعني نفس الكلمة: " الرفاهة والسعادة والكمال والأمن عند الإنسان"¹.

وهي حالة الجسم في لحظة معينة: قوة الجسم والروح، المعافاة من المرض أو التشوهات، كما تشير كلمة الصحة "health" إلى سلامة الجسم والعقل أو الروح، وخصوصاً عندما يكون الجسم متحرر من الأمراض والآلام، أو الحالة التي يكون عليها الجسم ذو صحة سقيمة أم ذو صحة جيدة.

3- الصحة اصطلاحاً:

كانت دائماً هناك محاولات لتقديم تعريف لمفهوم الصحة، وتطورت هذه التعريفات موازاة م-ع تطور العلوم الطبية عبر العصور، وكمثال على ذلك نجد سيثرون في العهد الروماني يعرف الصحة "بأنها غياب الآلام، ومقدرة الجسم على أداء وظائفه".

وقد يكون تعريف المرض أكثر سهولة من تعريف الصحة، فمفهوم الصحة يعتبر مفهوماً مجرداً بالإضافة إلى أنه كما يقول ف.مطراي (Ph. Mitrani) " مفهوم الصحة يشكل نظاماً من

¹- حسيني محمد العيد، المرجع السابق، ص49.

التمثلات (Représentations) أكثر عمومية من مجرد مقابلة بينه وبين عناصر مفهوم المرض، بل بالعكس يأخذ هذا النظام من التمثلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية والاجتماعية لكل جماعة إنساني، و"الصحة" و"المرض" هما من المصطلحات التي يجري تعريفها ثقافيا واجتماعي، ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو "صحي" أو "سوي" أو "معافى"¹.

يعتبر مفهوم الصحة La santé اليوم من أصعب المفاهيم تعريفا وتحديدا، فإذا كانت كلمة الصحة تتدرج يوميا في كلامنا وخطابنا للتعبير عن أحوالنا ووجودنا، فإنها لا تُفهم دوما من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول. فهي تعبر عن الوجود من جهة، ومن جهة أخرى هي مفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

في بداية القرن العشرين قدم كلود برنار الطبيب الفرنسي ورائد الطب التجريبي تعريفا للصحة: "تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية في جسمه" وعرفها مارشال في كتابه مبادئ الاقتصاد: "الصحة العامة هي القوة الجسدية والقوة العقلية والمعنوية والنفسية للفرد". أما العالم بركتر فقد عرفها: "على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم من خلال تكييفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها"².

إن مفهوم الصحة هو أوسع من مجرد غياب المرض، فتعقد عالم اليوم جعل مفهومها متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم أين يتحتم علينا دراسة كل الأوجه ومن جميع الزوايا. وعلى هذا الأساس سوف نحاول وضع تعريف يضم كل الأوجه الخاصة بالتعاريف السابقة إذن:

فالصحة العامة هي علم و فن يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية النفسية و البدنية وكذا الاجتماعية، من خلال تدابير اتقائية التي تتمتع:

- بالعدالة بين الأشخاص .
- فعالية و جودة في الخدمات الصحية المقدمة .

¹-انطوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، بيروت، المنظمة العربية للترجمة، 2005، ص233.

²-د.سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، مصر، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص41.

• أن يكون التمويل الصحي بما يلبي و يغطي جميع احتياجات الأفراد.

وفي مقدمة دستورها لعام 1946، أبرزت منظمة الصحة العالمية (WHO) إشكالية تعريف الصحة الذي يعرف عدة معاني تدور كلها حول مسألة الحياة سواء الفردية منها أو الجماعية، حيث عرفت كما يلي:

(La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de sante qu'il est capable d'atteindre, l'un des droits de tout être humain).

"هي تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة، إن إمكانية امتلاك حالة صحية جيدة تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني".¹

وورد في ديباجة منظمة الصحة العالمية تحديد الدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن و السلم والاستقرار وذلك ضمن إطار يحوي مبدئين أساسيين:²

✓ مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن

الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.

✓ إن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن والسلم محليا ودوليا.

وبموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى "تحقيق حالة من السلامة العامة

البدنية والعقلية والنفسية للفرد" ، وقد حدد إعلان "الما اتا" الشهير في الإتحاد السوفياتي عام 1978

وباتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل إنها حالة

متكاملة للسلامة البدنية والذهنية والجسدية³. ويعتبر إعلان "الما اتا" انطلاقة مهمة في سبيل النضال

¹- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، 2012 ، ص70 .

²- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص17.

³- خروبيبي بزاره عمر، " إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009-دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 03، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2010-

2011، ص14.

من أجل الصحة.¹

وعرفها البنك الدولي BANK WORLD بأنها: القدرة على تحقيق الصحة داخل المجتمع، وإنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد ومقدار النفقات وكفاءة استخدامهما في النظام الصحي في الدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في المجتمع متلازماً مع الظروف المناخ والبيئة.²

بهذا التعريف لم تعد الصحة في مقابل المرض، أي أن الوصول إلى الصحة يمر عبر مكافحة المرض بل أكد تعريف منظمة الصحة العالمية على أن الوقاية والعلاج ليستا الوسيلتين الوحيدتين في خدمة الصحة، وإنما هناك القوانين والتنظيمات والتوجهات السياسية المتعلقة بالبيئة وتهيئة الإقليم فصحة السكان أصبحت مسؤولية جماعية (ميثاق أوتوا 1988).

ثالثاً: تعريف النظام الصحي

إنقفت تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP على أن الوضعية الصحية في أي بلد من العالم نتيجة لعوامل ثلاثة أساسية هي:

-الأوضاع العامة في داخل الدولة.

-الأوضاع البيئية.

-فاعلية النظام الصحي وسياساته العامة القائمة داخل الدولة.

فالمقصود بالنظام الصحي هو "جملة المنظمات والمؤسسات التنفيذية والموارد المكرسة لتحقيق وتحسين السلامة الصحية." وهو من العوامل الأساسية في تحديد السلامة الصحية داخل المجتمع، والغرض الرئيسي للنظام الصحي ينقسم إلى شقين هما:

-تحقيق الجودة في تقديم الخدمات.

-إتاحة العدالة والإنصاف في تيسير الحصول على الرعاية الصحية لجميع الأفراد.

¹-كامل مهنا، الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول، المؤتمر الوطني الأول تجمع للهيئات الأهلية في لبنان، قصر الأنيسكو، 2ديسمبر 1999، ص6.

²-خروبي بزاره عمر، المرجع السابق، ص14.

فللنظام الصحي عبارة عن مجموع الأشخاص العاملين فيه والإجراءات التي يتخذونها، بهدف تحسين مستوى الصحة، وقد شكلت النظم الصحية على مدى قرون كيانات صغيرة خاصة أو خيرية تعوزها الفعالية في أغلب الأحيان، إلا أنها تطورت تطوراً سريعاً في عصرنا الحالي بلكتساب وتطبيق معارف جديدة، حيث ساهمت مساهمة هائلة في تحسين مستوى الصحة¹.

كما أن النظام الصحي هو " كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة."²

إن النظام الصحي يحمل عدة مفاهيم لها علاقة بالهيكل التنظيمي، والتي تسمح بتحليل مكوناته، هذه المكونات ليس لها معنى إلا في مجملها، غير أن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع.

وسوف نستعرض جملة من التعاريف للنظام الصحي هي كالآتي:

التعريف الأول: النظام الصحي هو " مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها- ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه، وترقيته باستمرار."³

التعريف الثاني: كما يعرف النظام الصحي " بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، و تقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان، وبتكلفة معقولة، وبطريقة ميسرة."⁴

¹-منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000، ص4.

²-د.عدمان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، المدرسة العليا للتجارة - الجزائر، مجلة العلوم الانسانية- جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد25، ص47.

³- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، 2008، ص54.

⁴- فالج بن زياد الفالج، تطوير النظام الصحي في المملكة

يتضح مما سبق أن النظام الصحي يتكون من العناصر التي يتكون منها النظام حسب المقاربة النظامية وهي: الهدف، المدخلات، عمليات التحويل، المخرجات والتغذية العكسية (المرتدة).

المطلب الثاني: مكونات النظام الصحي و محدداته.

أولاً: مكونات النظام الصحي.

ويتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي¹ :

1- إنتاج الموارد الصحية: لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية ومعدات وأجهزة طبية ومواد لرعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية، وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

2- تنظيم البرامج الصحية: وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى، كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية، وبرامج الضمان الاجتماعي، والمنظمات الخيرية والتطوعية، وكذلك النقابات واتحادات العمال، والقطاع الخاص.

3- الدعم المالي والتمويل: إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة، كالضرائب، والجمارك وبرنامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري، وموظفي الشركات ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح، والمساعدات والمنح والهيئات الخارجية الحكومية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

4- الإدارة الصحية للنظام الصحي: تلعب الإدارة الصحية دوراً حيوياً وهاماً في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، وتقويم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهنيين الطبيين الأخرى، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية، وترخيص واعتماد المهنيين

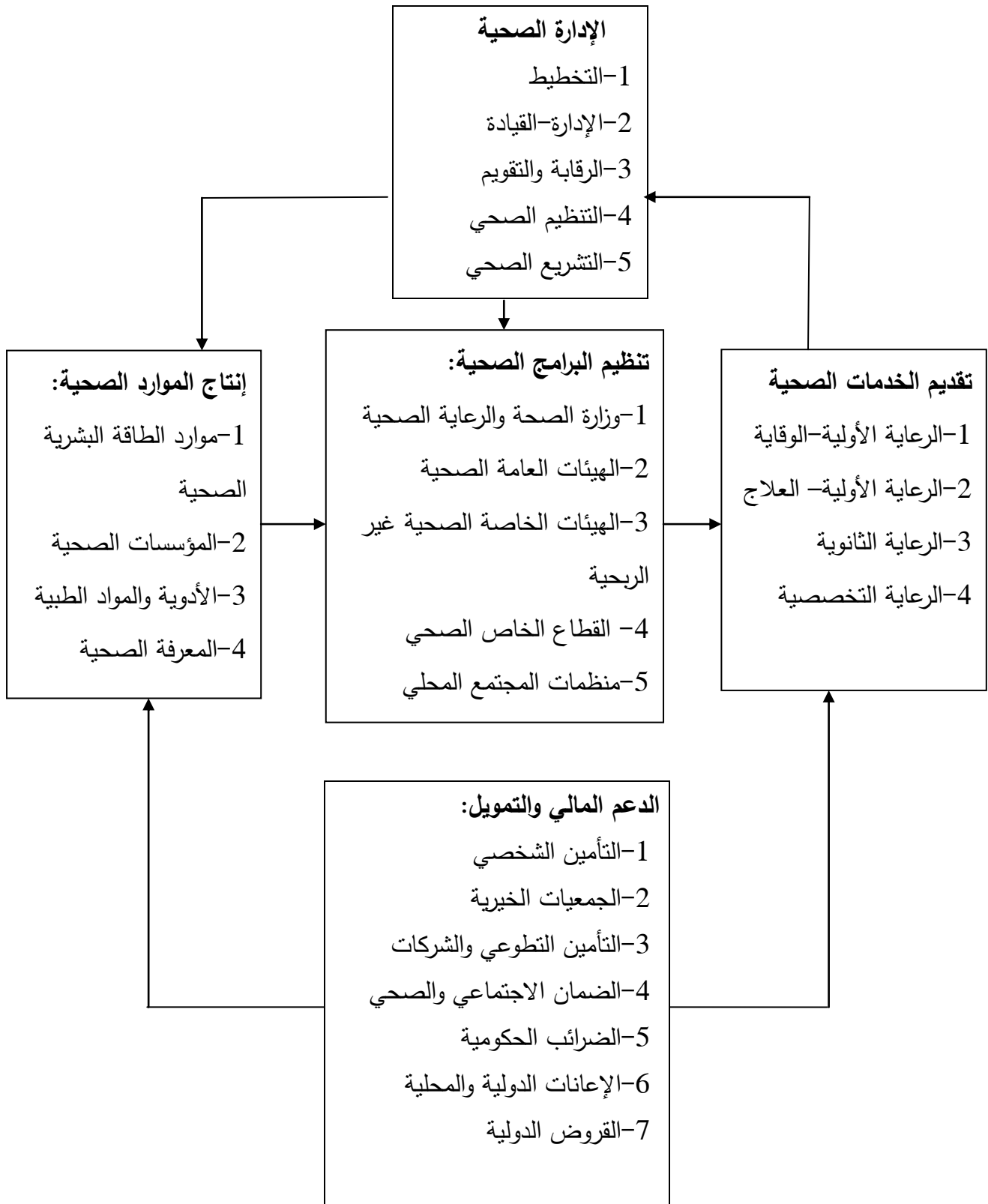
¹ - فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق ، ص 58-60.

الطبية والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات الصحية، وتنظيم القوى الصحية العاملة، وتقويم الجودة وتحسينها.

5- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي يتمثل في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولية والثانوية والتخصصية، لتلبية الحاجات الصحية، والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة.¹ ويمكن توضيح مكونات النظام الصحي ووظائفه وتداخلاته في الشكل الموالي:

¹ - فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق ذكره، ص 60.

الشكل رقم 01 : مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته



المصدر : المرجع السابق، ص59.

وهناك بعض أوجه القصور التي تنتاب النظم الصحية في العالم نذكر منها¹ :

-تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام، و تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص.
-ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته.

-إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة .

-عجز العديد من الحكومات عن منع" السوق السوداء "في مجال الصحة، حيث يسود الفساد، والرشوة وممارسة العاملين في نفس الوقت، وانتشار الممارسات غير القانونية الأخرى والتي تؤدي إلى زعزعة النظام الصحي.

ثانيا: محددات أداء النظام الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 ، تحت عنوان" النظم الصحية: تحسين الأداء "الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي² :

1-الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في الاحترام، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر، وحفظ أسرارهم، ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم،ويكمن الثاني في توجيه المرضى، وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي عند توفير الرعاية وإتاحتها، وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

2-عدالة المساهمة المالية: احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل،وتخصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب، والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي، وصناديق

¹-كحيلة نبيلة،تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير،جامعة منتوري قسنطينة،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،ص14.

²-د.عدمان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لاداء النظام الصحي في الجزائر، المرجع السابق ذكره، ص48-49.

التأمين الخاصة، والمدفوعات المباشرة.

3- مستوى الصحة العام: لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية، الاعتماد على متوسط العمر المأمول، باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي تقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة، حيث يتميز هذا المعيار بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

4- توزيع الانتفاع: يرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الأفراد أو تحسين مستواها في المتوسط، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات، أو يبقى شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من التباينات، بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن، أي النهوض بالجودة من جهة والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات، أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

5- توزيع التمويل: نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال¹.

والجدير بالإشارة أن النظم الصحية في العالم متعددة، ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الأفراد، وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد. ويمكن أن نقارن بين النظم الصحية وفق معايير محددة، يمكن أن نوردتها فيما يلي²:

1- نمط الحماية الاجتماعية للأفراد: وهناك نمطين

-نظام الحماية الاجتماعية: نظام شامل يغطي كل الأفراد.

¹ - د. عدنان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لاداء النظام الصحي في الجزائر، المرجع السابق ذكره، ص 49-50.

² - كحيلة نبيلة، المرجع السابق، ص 15.

- نظام الضمان الاجتماعي: مؤسس على الدفع المسبق للاشتراك، والذي يكون ذا أهمية عمومية.
- 2- **حصة النفقة من الناتج الداخلي العام**: تعبر عن الثروة الوطنية المخصصة للصحة، وهي تسمح بالمقارنة بين الدول، وذلك بقياس مرونة نفقات الصحة مقارنة بالناتج الداخلي الخام .
- 3- **مصدر تمويل النظام**: هناك مصدران مهيمان هما :
- التمويل بالضريبة.
- التمويل بالاشتراكات الاجتماعية المقدمة من طرف العمال أو المؤمنين .
- وهذان النمطان يتعلقان أساسا بنوعين من الحماية الاجتماعية، ويمكن أن يسهما في التمويل باختلافات هامة بين البلدان.
- 4- **منتجي العلاج**: ولدينا ما يلي
- **مؤسسات العلاج**: تنتمي إلى القطاع العام أو القطاع الخاص (يهدف إلى الربح أولاً)، نمط تمويلها يكون بالشكل التالي:
 - الدفع باليوم الاستشفائي.
 - التخصيص الشامل.
 - الدفع حسب المرض.
 - **الأطباء**: ليست هناك طريقة مثلى لدفع أجور الأطباء، وأوسع الطرق المطبقة انتشاراً هي¹:
 - ✓ **طريقة الدفع حسب نوع الخدمة**: هي أحب الطرق للأطباء، إذ تضمن لهم دخلاً عالياً فكلما كثرت الخدمات التي يؤديها الطبيب يزداد دخله، ومن الممكن للأطباء أن يحصلوا على الدخل الذي يرضيهم في المناطق المزدهمة بالأطباء وذلك بدفع مرضاهم إلى فحوص ومعالجات لا داعي لها.
 - ✓ **طريقة الدفع حسب قائمة المرضى**: تشجع الطبيب على رعاية أكبر عدد ممكن من المرضى، وفي هذه الطريقة ظلم للطبيب الذي تحتوي قائمته على عدد كبير من المرضى

¹- كحيلة نبيلة، المرجع السابق، ص16

المسنين لأنهم يحتاجون إلى الرعاية والاهتمام أكثر من الشباب، ويسمح عدد المرضى بحساب أجر الطبيب.

- ✓ طريقة الدفع حسب المرض: ويكون التأجير جزافي من أجل وضعية معينة مثال: الولادة.
- ✓ طريقة الدفع حسب الأجر: تمثل هذه الطريقة بالنسبة لمعظم المهن الطبية سيطرة تدخل الدولة ومراقبتها، ومن مزاياها أنه يمكن بها تقدير الخبرة والتدريب الخاص ومستوى المسؤولية. ويتناسب أجر الطبيب مع مدة العمل.

5- دور السلطات العمومية في كل النظم: تعتبر الدولة المسؤول عن تحديد السياسة الصحية وتحديد القواعد العامة، لكن دور السلطات العمومية يختلف بصورة كبيرة من بلد لآخر فيما يتعلق بالمراقبة وتسيير أنظمة الصحة.

6- المؤشرات الصحية: تتمثل المؤشرات الصحية المستخدمة لوصف الحالة الصحية لبلد معين عموماً في: أمل الحياة عند الولادة، المعدل الإجمالي للوفاة، معدل وفاة الأطفال.

المبحث الثاني: السياسة الصحية.

المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية وتقسيماتها.

أولاً: تعريف السياسة الصحية.

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبراامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في النشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في مجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية.¹

وهناك تعاريف أخرى نذكر منها:

السياسة الصحية يمكن تعريفها على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية . أو هي مجموعة من

¹-خروبي برزارة عمر، المرجع السابق ذكره، ص16.

العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من إستراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية.¹ أو هي الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة. ويمكن تلخيص خصائص السياسة في تحديد الأولويات والأهداف واختيار الطرق المناسبة لإنجاح هذه السياسة الصحية وتوفير قواعد قانونية لتسطير السياسة الصحية ومحاولات إصلاح الخلل وفق ما يناسب احتياجات السكان .

وكذلك قياس أثر الإجراءات المطبقة لتصحيح-إذا استدعت الضرورة- التوجهات التي تم اتخاذها في صنع أي سياسة صحية والتي يفترض أننا نمتلك كل المعلومات الخاصة حول قدرات المصالح الصحية وحول نشاطاتها، والمعلومات الخاصة بصحة السكان وعوامل الخطر التي تهدد السكان، وكذلك وضعية الفئات السكانية الهشة وهذا بصورة مستمرة.

ثانيا : تقسيمات السياسة الصحية

سيتم التطرق لأهم التقسيمات السياسة الصحية حسب جهات نظر متعددة لمجموعة من الباحثين،الذين قاموا بتقسيم السياسة الصحية بأكثر من أسلوب أو طريقة لتسهيل دراسة وهي كالتالي:

1 تقسيمات د. والت 1994: قسم السياسة الصحية إلى قسمين:²

✓ سياسات صحية كبيرة: لديها أهداف طويلة المدى وتهتم بجميع الناس في المجتمع.

✓ سياسات صحية صغيرة: أهدافها قصيرة المدى ونظام اهتمامها ضيق بحيث تهتم فقط

بالمجتمع المحلي وليست شاملة بل تتناول مواضيع محددة.

2-تقسيم د.فرانك 1994: قسم السياسة الصحية على حسب أربع مستويات تشمل النظام،

البرامج، التنظيم، ومستوي الأداء.

¹-صلاح محمود ذياب،إدارة خدمات الرعاية الصحية ، عمان ، دار الفكر ناشرون وموزعون،2009، ص216.

²-ناصرى فوزية ، تطور السياسة الصحية في الجزائر ،مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية الدولية ، تخصص سياسة عامة وتنمية.2014-2015،ص43-44.

- ✓ مستوى النظام: يفسر هذا المستوى مدى التخطيط وتكوين الموارد البشرية الصحية، وطبيعة العلاقات بين القطاعات الصحية داخل النظام الصحي، وأيضا علاقة النظام الصحي الحكومي العام بالقطاع الخاص والقطاعات الأخرى غير صحية.
- ✓ مستوى البرامج: من خلال هذا المستوى يتم:
 - 1 تحديد الطرق والأساليب التي يتم من خلالها توزيع الموارد المادية والبشرية بشكل يمكن من الاستفادة منها اكبر قدر وبصورة مثالية.
 - 2 تحديد طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف التي يسعى النظام الصحي إلى تجسيدها على ارض الواقع.
 - 3 تحديد أولويات الرعاية الصحية والخدمات الطبية.
- ✓ مستويات الأداء والتنظيم: يتم في هذا المستوى توضيح الأنظمة المعمول بها، التي من خلالها يتم تنظيم الجهاز الإداري للقطاع الصحي، وتنظيم العمل في المؤسسات الصحية بجميع أقسامها ووحداتها، وأيضا شؤون العمال وتنشيط الحوافز الدافعة للعمل.
- 3- **التقسيم العام للسياسات¹**: تنقسم السياسات الصحية في هذا المجال إلى ثلاثة أقسام:
 - ✓ **سياسات الميئا:** يتم من خلالها وضع جملة من القواعد التي يعتمد عليها متخذ القرار في عملية صنع السياسات المتعلقة بالقطاع الصحي، وتعتبر من أصعب وأهم السياسات.
 - ✓ **سياسات الم يغا:** تضم سياسات إرشادية عامة لتوجيه سياسات أخرى أقل منها مستوى وتتضمن مجموعة من الأمور التوضيحية حول دور المؤسسة الصحية في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ودور القطاع الصحي في الدولة، وتوضح قيم المؤسسة الصحية، وأهدافها وأولوياتها والقاعدة الأساسية للمؤسسة، تعيين مستوى التعيين المطلوب ونوعية المساءلة والتطلعات المستقبلية.
 - ✓ **السياسات المحددة التنفيذية:** تعتبر هذه السياسات ادني مستويات السياسات الصحية، وذلك لاهتمامها بالأمور البسيطة الروتينية كظروف وتفاصيل العمل.

¹-المرجع السابق، ص44.

المطلب الثاني: محاور السياسة الصحية.

وتتجسد أي سياسة صحية حول جملة من المحاور أهمها:¹

أولاً: تحديد الأولويات

نقصد بعملية تحديد الأولويات ترتيب الأنشطة والمفاضلة بين الخيارات والتوفيق بين مصالح المتضاربة في تحقيق التنظيم والوصول إلى الخيار أو الحل الوسط والأنسب الذي سيتم اعتماده وتوجيه الجهود إليه، لهذا يجب طرح السؤال التالي: أي ما هي المشكلات الصحية الأكثر استعجالاً والتي تتطلب تدخلا من الحكومات؟، ونظرا لصعوبة هذه المسألة وخاصة في المجال الصحي تجدي اغلب الحكومات تعقيدات عديدة في تحديد أولويات السياسة الصحية من بين هذه الأولويات :

1 أولويات الهياكل الصحية التي ينبغي أن توجه إليها الجهود والموارد المالية والبشرية (هياكل علاجية أم هياكل وقائية).

2 أولوية المشاكل الحية التي تتطلب الاستعجال والاهتمام وتدخل من طرف الحكومة و تخصيص بحوث لها.

3 أولوية الفئة الأكثر احتياجا للرعاية الصحية والخدمات الطبية.

4 أولوية مستوى التحكم هل الأنسب التحكم في الأهداف والتنظيم ن طرف مستويات عليا أم دون ذلك خاصة وأننا نشهد نظرة جديدة لصحة السكان والتي أصبحت ملكية جماعة لابد عند تحديد الأولويات من مراعاة عنصر أساسي، و هي بتحقيق العدالة الاجتماعية لان التفكير حاليا بسياسة لعرض الخدمات الصحية معناه توفير تنظيم إداري يضمن عروض للعلاج، ويسمح لأي مواطن في أي نقطة من التراب الوطني من الاستفادة من مسار علاجي يستجيب لمشكلته الصحية. وهذا يتطلب وضوح الرؤية وسهولة الوصول إلى المعلومات المتعلقة بخصائص عروض للخدمات العلاجية بشكل منسق، والإجراءات الإدارية المناسبة للتكفل بالمريض، بالإضافة إلى آليات الضبط التي تحث على مزيد من الحركية وترسيخ العمل في

¹ - حسيني محمد العيد، المرجع السابق ذكره، ص52-53.

إطار شبكات، أو في شكل تعاضديات للعلاج.

ثانياً: أهداف السياسات الصحية

كان لإعلان ألما-أتا Alma-Ata في سنة 1978 الذي أمضته الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية، دور هام في تبني دول العام الثالث سياسات صحية رسمت إستراتيجية" الصحة للجميع في سنة 2000". بحيث نجد أن المادة الأولى لهذا الإعلان تؤكد على أن الصحة حق أساسي للكائن الإنساني و الفروقات الموجودة بين الشعوب في ميدان الصحة يجب أن تلغى.

مما يستلزم المساواة في الوصول إلى العلاج مهما كان دخل الفرد، مما يعني على مستوى السياسات الصحية، أن توزيع الخدمات الصحية يجب أن يكون منسجماً مع التوزيع الجغرافي للاحتياجات السكان، ويتم تحديد هذه الاحتياجات بمشاركة المجتمعات المحلية، بالإضافة لهذا وجوب توفير خدمات العلاج الأولي مجانية أو مدعمة للمستهلكين، وهذا من أجل القضاء على غياب المساواة في الوصول للعلاج بين المدن والأرياف.

ولكن مع حلول ثمانينات القرن العشرين الذي تميز بحدوث أزمات اقتصادية، شهدت إستراتيجية ألما-أتا فشلاً ذريعاً بسبب نقص التمويل اللازم للإيصال للعلاج الأولي لكل السكان في مختلف أنحاء دول العالم¹.

وفي ظل فشل الدول النامية في سياسات الإصلاحات عموماً والسياسات الاجتماعية ومنها الصحية بصورة خاصة التي تبنتها، تغيرت أهداف السياسات الصحية وخاصة في دول العالم الثالث، المثقلة بالديون حيث أصبح الاعتماد على سياسات تشاركية بين القطاع العام والخاص وهيئات المجتمع المدني، كذلك فاعلمت الدول الغربية بعدما كانت أنظمتها الصحية تتمحور حول المستشفى hospitalo-centrisme، مما جعلها تتبنى سياسات تعتمد على اقتناء الأجهزة الضخمة، وكان هناك اتفاق ضمني بين صناع القرار ومهنيي الصحة والمواطنين على أولوية تجهيز المستشفيات بالأجهزة الطبية المتطورة خاصة أجهزة الكشف الطبي، لكن المنظمات الدولية كان لها وجهة نظر أخرى فهي تحبذ الطب الجوّاري خاصة في الدول الفقيرة الذي يوفر العلاجات الأولية ويُقدم للقاءات

¹ - المرجع السابق ذكره، ص 54.

للفئات الهشة من السكان. ووجدت الكثير من الدول النامية نفسها المثقلة بالكثير من المشكلات الصحية أمام تحدي إعادة توجيه الطب في المدن وفي المستشفيات مما يتوافق مع ظروفها الخاصة، وجسدت هذه السياسة من خلال مجموعة من الإجراءات:

- الانتقال من منطقتي توفير التجهيزات نحو منطقتي توفير الخدمات (كمرافقة كبار السن في منازلهم وترقية الجراحة في المراكز الصحية الصغرى ومتابعة الأمهات في حالات الحمل الخطيرة...الخ) مما يعطي لصناع القرار مرونة أكبر على التحرك في المدى القصير وسرعة الاستجابة للتحديات الصحية الناشئة، مما يزيد من نسبة الفعالية مقابل التكلفة.

- وانتهج سياسة صحية خاصة بالخدمات تسمح بتنظيم حركة المرضى من خلال مسار علاجي انطلق من الطبيب، سواء كان الطبيب المعالج أو طبيب العائلة، أي إعطاء للأطباء في القاعدة دور أساسي في توجيه المرضى.

- إعادة النظر في الخريطة الصحية أي الانتقال من التقسيم الإداري إلي تقسيم الدولة إلى أقاليم صحية تتميز بانسجام بين السكان فيما يخص نمط العيش ونوعية المهن والبيئة المحيطة.

- تمكين الأقاليم الصحية من هياكل كبيوت الصحة maisons de santé الجوارية - أين يجد المريض العلاج الأولي والتوجيه المناسب- في المناطق التي تتميز بعرض ضعيف للخدمات العلاجية، وهذا لا يعني أن تُصبح هذه الهياكل مجرد بوابة إلى المستشفى وإنما مكان له وسائله وأهدافه الخاصة.

- أن يتم تقديم خدمات ذات نوعية للمرضى، ولا يجب الاتكال فقط على مؤهلات مهنيي الصحة وإنما يجب مراقبتهم وتقييم اداءاتهم، وهناك إستراتيجية تكملية تتمثل في إشراك مستعملي الهياكل الصحية في الرقابة الشاملة وفي عمليات اتخاذ القرار في إطار مجالس الإدارة أو مجالس المراقبة.

ثالثاً: اختيار الأدوات اللازمة لتحقيق أهداف السياسة الصحية¹.

إن اختيار الأدوات التشريعية والإدارية اللازمة لتنفيذ أي سياسة عامة ومنها السياسة الصحية، يعتمد على طبيعة النظام السياسي وتوزيع الصلاحيات بين السلطة المركزية و السلطات المحلية

¹ - المرجع السابق ذكره، ص55.

أو الجهوية أي هل هناك احتكار للقرارات التي تخص السياسة الصحية كالتمول وتقديم الإجازات الطبية والإشراف على توزيع الموارد البشرية والمادية، على الولايات أو الجهات من طرف المستوى المركزي، ولا يكون في هذه الحالة للسلطات المحلية سوى التنفيذ وتقديم الاقتراحات؟ أم أن للإدارات المحلية دور أساسي في إدارة غالبية المؤسسات الصحية، وفي هذه الحالة قد تكون هناك قيود أكبر على اختيارات الحكومة. وتقوم السلطات المحلية مباشرة أو من خلال التفويض، باختيار الأشخاص الذين يمكن أن يقدموا أنواعا من الرعاية الصحية.

ويبقى دور السلطات المركزية أساسي في تحديد الخيارات الإستراتيجية، و في تحديد الأولويات ومنح الموارد اللازمة لتسيير النظام الصحي، وقد تبنت الكثير من الدول الغربية نظام الجهات من أجل تسهيل إدارة النظم الصحية وتقريبها من المواطن، وهذا لا يعني عدم ضبط الجهات وإلزامها القانوني بإتباع السياسة الوطنية في ميدان الصحة ويعتمد هذا الضبط على وضع آليات أهمها:

1 السماح للجهة بأخذ قرارات تتعلق بتوزيع الخدمات على مختلف المناطق التابعة لها، كإنشاء هياكل جديدة ونوعية هذه الهياكل، وفض النزاعات المحلية وتحديد الاحتياجات الخاصة بسكان الإقليم.

2 من أجل الضبط الفعال للأنظمة الصحية على الدولة إنشاء حسابات وطنية للصحة تسمح بمعرفة أفضل للتدفقات المالية، التي من الواجب أن تتضمن الاستثمارات الخاصة بالتجهيز والتسيير في نفس الوقت، وتعرض هذه الحسابات في نهاية كل سنة أمام المنتخبين، حتى يتم تحديد الأولويات، ويكشف النقاب على ممارسات الفساد المالي التي يمكن أن تتعرض لها الأموال الموجهة لقطاع الصحة.

3 ترقية ثقافة الضبط القانوني للسياسات الصحية، من خلال وضع أدوات كالتقييم و التفتيش والمراقبة، ويتولى هذه المهمة أطباء وصيادلة توكل لهم مهمة الرقابة والتفتيش، ويمكن تكوين عدد من رجال القانون والقضاة في القانون الصحي. إن وجود هذا النوع من الرقابة يشكل ضمانا للحد من التجاوزات التي قد يقوم بها مهنيي الصحة تجاه المرضى ومرتادي المؤسسات الصحية.

4 وضع مرصد وأجهزة إعلام واتصال متطورة تسمح بالمعرفة الدقيقة للوضعية الصحية داخل الدولة و حتى خارجها خاصة في الحدود، و وضع لائحة بالمخاطر والتهديدات الصحية التي يمكن أن تُهدد صحة السكان في أي لحظة.

رابعًا: وضع البنية المؤسسية

والبنية المؤسسية نعني بها الهياكل المنوط بها صنع و تنفيذ وتقييم السياسات الصحية، وتختلف الأقطار في الهياكل والأساليب التي تستخدم لتنفيذ السياسة الصحية، و يعتبر الأفراد المعنيون بتنفيذ هذه السياسات احد العناصر الأساسية في السياسة الصحية لأي دولة.

كذلك لا يمكن إغفال بنية المؤسسات السياسية ودرجة الفصل بين السلطات، وعدم وجود هيمنة إحدى السلطات على الباقي، مما قد ينتج عنه اختلال في التوازن وعدم القدرة على تحديد المسؤولية في حال فشل إحدى السياسات، ضف إلى ذلك درجة التعقيد الكبيرة التي تتسم بها السياسات الصحية وتعدد المؤسسات المختصة بتنفيذ هذه السياسات.

وإذا عرفنا ما للصحة من مكانة في النظام الاجتماعي، فإن على أي دولة تسعى للاستجابة للمتطلبات الصحية للسكان من إعادة تحديد ادوار مختلف المؤسسات بما فيها مؤسسة الدولة في حد ذاتها، والقطاعات الوزارية المختلفة التي لم يعد دورها مقتصرًا على التسيير اليومي للنظام الصحي، وإنما التأكد من أن المسيرين يعملون ضمن خطة شاملة لتحقيق أهداف ذات بعد وطني.

ولهيكله المؤسسات الصحية والإدارية المشرفة على قطاع الصحة اثر في فعالية السياسات الصحية المختلفة، فقد يكون التنظيم المركزي ملائماً لبلد تتسم ببنية السكان فيه بالانسجام ولا توجد فروقات ديمغرافية ووبائية كبيرة بين مناطق أو تكون مساحته الجغرافية صغيرة. أما التنظيم اللامركزي فهو الأنسب لبلد تتعدد خصائصه الديمغرافية والوبائية، أو تكون مساحته شاسعة مع انتشار للسكان في مناطق متباعدة.¹

وللاستقطاب الحزبي كذلك دور في السياسات الصحية فمن العسير تمرير التغيرات من خلال نظام صنع قرار ذي طابع ائتلافي مثل ما هو جاري في ألمانيا، ومن اجل المساعدة في تحقيق الإجماع

¹- المرجع السابق، ص56-57.

فإن الألمان قد زادوا مفردة إلى الآلية الرسمية بتشكيلهم لهيئة أوسع تسمى " مؤتمر الصحة الوطني" الذي يصنع أهداف السياسة الصحية السنوية. وقد يجد المرء، في أحوال كثيرة، تحالفات غير رسمية بين بيروقراطيي الصحة الحكوميين وممثلي جماعات الدخل المتدني لان الاثنين يميلون إلى تفضيل الاعتماد على التمويل العام الذي يشجع على تنميط الخدمات والمساواة في فرص الحصول عليها. وفي الولايات المتحدة وجدت هذه التحالفات، في بعض الأوقات، الملجأ والدعم الإيديولوجي لدى الحزب الديمقراطي، وفي السويد قامت علاقة مماثلة مع الحزب الديمقراطي الاشتراكي. وهناك تحالفات غير رسمية بين الأطباء والشركات الصيدلانية من جهة والجماعات ذات الدخل المرتفع من جهة أخرى وتهدف هذه التحالفات إلى دعم الابتكار العلمي والطبي و التأكيد على تطوير الخدمات التخصصية.¹

خامساً: أساليب التدخل

تختلف هذه أساليب من دولة إلى أخرى، ففي دولة ذات نظام مركزي تتطابق فيه الإدارات الصحية الفرعية مع التقسيم الإداري للدولة، ويكون هناك تقديم لنفس الخدمة تقريبا في كل أنحاء الدولة، مثل الخدمات الوقائية والمستشفيات، والعيادات الخارجية. أما في دولة ذات طابع تساهمي فان الصلاحيات الإدارية تكون موزعة على مؤسسات مختلفة منها العام، والخاص، والمهني. وفي نظام فدرالي لا تدير الحكومة الوطنية إلا العدد القليل من المؤسسات المختصة في الرعاية الصحية. تكوين الأطباء وتوزيعهم: إن اختيارات السياسة الصحية لأي بلد مرهونة بنسبة عدد الأطباء إلى عدد السكان، وبنسبة عدد طلاب الطب الذين يُدرَّبون ليصبحوا اختصاصيين أو ممارسين عامين. وتتفاوت صعوبة الدخول للتكوين الطبي حسب الزمن والبلد المعني. فإذا تساهلت الدولة في قبول أعداد كبيرة من الطلبة في الكليات الطبية فإن ذلك سيشكل عبئاً على المستشفيات واكتظاظاً وازدحاماً في التدريب السريري، لمحدودية عدد المختبرات والمرضى في المستشفيات الجامعية، بالإضافة لطول مدة التكوين حيث تجتمع دفعات كثيرة في نفس الوقت في الكليات والمستشفيات.

¹ - المرجع السابق، ص 58.

أما إذا تشددت الدولة في قبول الطلبة في الكليات الطبية، فقد ينتج على هذا الإجراءات ندرة في الأطباء مقارنة بعدد السكان، ونقص في عرض الخدمات العلاجية للأعداد كبيرة من السكان وكذلك اختلال في توزيع الأطباء بين المناطق.

وعادة ما تلجأ الدول لتبني سياسات تكوين طبي منهجية، تحاول فيها التوفيق بين احتياجاتها من الأطباء الأخصائيين المكلفين بعلاج ومتابعة الأمراض المعقدة والعلاجات الجراحية، واحتياجاتها من الأطباء العاميين المكلفين بالعلاج الأولي للسكان والوقاية أو ما يسمى بالطب الجوارحي.

وهناك سياسات حديثة تسعى لخفض تكاليف العلاج باعتماد اتفاقيات بين صناديق الضمان الاجتماعي والأطباء، وتشجيع المرضى على أن يختاروا طبيباً ممارساً واحداً، للتقليل من عدد الفحوصات ومصاريف الدواء التي يسببها جهل المرضى بأسباب معاناتهم الصحية مما يدفعهم إلى زيارة أطباء كثيرين في مدة قصيرة، مثلما أصبحت تعمل به فرنسا منذ سنة 2007 أو ما يسمى بنظام "الطبيب المعالج" وفي دول أخرى "طبيب الأسرة".

وللحد من التفاوت بين المناطق في توزيع الأطباء تضع الدول سياسات تحفيزية، ففي بريطانيا مثلاً يتأثر توزيع الممارسين العاميين بالحوافز المخصصة لممارسة الطب في المناطق المختلفة، حيث يقدم دخل إضافي للممارسين العاميين الذين يستقرون في مناطق تشكو قلة في عدد الأطباء. في حين تُعلن المناطق التي يتوفر فيها الفائض من الأطباء مناطق مغلقة بوجـه الأطباء الجدد، وحتى الدخول إلى المناطق الوسط يخضع للتمحيص.¹

وفي العصر الحالي الذي يتميز بتعدد عمليات الإشراف والإدارة على الشؤون المجتمعية وتشعب المشكلات الاجتماعية والصحية، أصبح من الضروري على صناع القرار والمنتخبين للإمام أكثر بهذه المشكلات وكيفية إيجاد الحلول المناسبة لها، ولا يمكن تحقيق هذه الأهداف إلا من خلال الإجراءات التالية:

1 إدماج مقاييس خاصة بالإشراف وتسيير السياسات الصحية في برامج تكوين الأطباء والشبه طبيين.

¹ - المرجع السابق ، ص59.

2 أنشأ معاهد خاصة بالتربية الصحية وترقية الصحة الوطنية، هدفها تطوير الحملات التي تستهدف السكان من أجل تكوينهم وإعلامهم حول المخاطر الاجتماعية والبيئية الجديدة، مما يضمن مشاركتهم الفعالة في أية حملة من الحملات الإعلامية التي تقام لتصدي للآفات والمخاطر الصحية التي تهدد صحتهم.

سادساً: تمويل السياسات الصحية

إن أية إستراتيجية فعالة لتمويل السياسات الصحية لا بد وان تُوضع اعتماداً على أولويات محددة بشكل دقيق، ومرتبطة ومفصلة إلى برامج وطنية على المدى القريب والمتوسط وعلى المدى البعيد، أخذة في الحسبان الواقع الاقتصادي والاجتماعي للدولة.

هذه البرامج هي التي تشكل القاعدة التي تعتمد عليها عملية بناء الهياكل الصحية وتجهيزها بالمعدات الثقيلة، وسياسة التكوين الخاصة بالأطباء ومهنيي الصحة الآخرين، وعلى أساس هذه البرامج كذلك يتم وضع نظام للتمويل شفاف وعادل، ولا يكون الهدف من هذا النظام تمويل الهياكل بل تمويل البرامج، ومن الواجب أن تكون هذه البرامج هي الأساس الذي يتم على أساسه معرفة نقاط القوة الموجودة في أية سياسة صحية.

أن اغلب الأنظمة الصحية في العالم تشترك في أن احد أهدافها الكبرى يتمثل في احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة، لاسيما في ضوء الموارد المتاحة والمتناقصة باطراد ويتعين على صانعي السياسات الصحية التدقيق بعناية في خطط إصلاح القطاع الصحي، واختيار السياسات والاستراتيجيات التي تُلائم وضع واحتياجات بلدانهم على أفضل وجه.

وفي السعي من أجل تحقيق الرفاه التام الذي تُشكل الصحة الجيدة أحد عناصرها ، لا ينبغي أن يكون البعد المالي هو المبدأ الوحيد الذي يسترشد به، فزمان إنصاف أضعف المجموعات وحصولها على الرعاية الصحية يجب أن يبقى أولوية لصانعي السياسة¹.

¹ - تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002: خلق الفرص للأجيال القادمة، عمان، المطبعة العربية، 2002، ص 38.

قوة الصلات الاجتماعية والانسانية التي تربط الأفراد في الجماعات وفيما بينها، وتوافر المساندة الاجتماعية والإحساس بالأمن، هي العناصر الأساسية المحددة للصحة النسبية في المجتمع¹.

المطلب الثالث: أهمية و أهداف السياسة الصحية

تعتبر السياسة الصحية من بين الاستراتيجيات الدولية لرعاية صحة المواطن، وترقية الخدمات الطبية، والاستجابة لحاجيات المجتمع الصحية، وفيما يلي سيتم ذكر أهم أهداف السياسة الصحية وأهميتها.

أولاً: أهمية السياسة الصحية

تتمثل أهمية السياسة الصحية في²:

- ارتباط السياسة الصحية بمستويات الإدارية العليا: تصدر السياسة الصحية من أعلى مستوى إداري بالمؤسسة الصحية مما يكسبها طابع الالتزام والاستجابة والاهتمام مثل سياسة التطعيم الصادرة عن وزير الصحة
- تعدد طرق و أساليب السياسة الصحية : إن تعدد أساليب وضع السياسة الصحية يعطيها أهمية كبيرة على كافة المستويات وترجع أسباب هذا التنوع إلى طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه، فأحيانا توضع استجابة لمطالب الإدارة العليا، فيتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف محددة
- غموض بعض السياسات الصحية : تكتسب السياسة الصحية أهميتها من خلال عدم وضوح الأسباب الحقيقية من رسمها ففي الغالب توضع إما لأسباب سياسية أو تاريخية، أو بناء على طلب تكتلات وجماعات في الدولة وأحيانا أخرى تبقى الأسباب غامض مبهمة، هذا ما يساهم في رفع مستوى الفضول والشغف لمعرفة هذه الأسباب والأهداف المرجوة منها
- السياسة الصحية نتاج تفاعل القطاع العام والخاص ووزارات أخرى : إن التفاعل بين مؤسسات الدولة لإعداد سياسة معينة يعد مفتاحا لإبداع والابتكار والتطور وسبيل لإعداد سياسة مثالية تتطلع لغالبية حاجات المواطن، وتختلف القطاعات الصحية من دولة لأخرى، ولكنه في الأغلب

¹ - انطوني غيدنز، المرجع السابق الذكر، ص 230.

² - صلاح محمود ذياب، المرجع السابق ذكره، ص 209.

تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص وقطاعات صحية أخرى حسب النظام الصحي لتلك الدول، وغالبا ما يركز القطاع الصحي الخاص على الحكومي، ولا يمكن بأي حال من الأحوال الانفراد عنه. ويساهم هذا التفاعل بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة وبين القطاع الصحي وقطاعات تختص في مجالات أخرى مثلا السكن، التعليم والتكوين في تطوير أهداف المؤسسة الصحية وتنويع خدماتها، وضمان إعداد سياسة كفيلة بتلبية كافة الحاجيات الصحية للمواطنين، كما ويساهم هذا الانسجام في اكتساب السياسة الصحية أهمية كبيرة جعلها قادرة على تحقيق الأهداف وتعكس وجهات نظر متعددة.

ثانيا: أهداف السياسة الصحية:

تنقسم أهداف السياسة الصحية إلى قسمين سيتم توضيحها على الشكل التالي:¹

1 أهداف سياسية: تتمثل الأهداف السياسية فيما يلي :

-تعتبر السياسة الصحية على الإطار العام الذي تتضح من خلاله أهداف المؤسسة الصحية التي تسعى إلى تحقيقها.

-تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة وتحديد الخطوط العريضة التي تضي الصورة المثالية لأداء المؤسسة .

-تعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنيها.

-تنظيم العمل الطبي وعلاقة المريض بالمؤسسة الطبية عن طريق وضع القوانين والتشريعات

تضبط العمل الإداري.

2 أهداف اجتماعية : تتضح الأهداف الاجتماعية من خلال المواضيع التي تتناولها اغلب

السياسات الصحية وهي:

-التقليل من نسبة الوفيات وخاصة تخفيض معدل الوفيات دون سن الخامسة.

-الحد من انتشار الأمراض المعدية ومحاربة الأمراض المزمنة والقضاء على مختلف الفيروسات

-تنفيذ ودعم برامج التكوين والتأهيل والتدريب للأطباء، وتنظيم اللجان الوطنية التوعوية.

¹- صلاح محمود ذياب، المرجع السابق الذكر، ص218.

إنشاء المستشفيات والهياكل التي تقدم الخدمات الصحية، ووضع الترتيبات اللازمة للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

ضمان الإمداد الطبي ووضع الحلول اللازمة لضمان انسياب الإمداد إلى المرافق الصحية والمستشفيات، وتزويدها بالمعدات الطبية المتقدمة لتسيير العمل، وإضافة المزيد من الخدمات وفق نظام معلومات فعال.

التواصل والتعاون مع الدول المتقدمة، والاستعانة بالخبرات الأجنبية، والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها في المجال الطبي وتوظيفها فيما يخدم القطاع.

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي (مقاربة نظرية).

المطلب الأول: مفهوم إصلاح

إن الإصلاح مفهوم فلسفي يمتلك دلالاته الخاصة لكل فئة من فئات المجتمع، إن ما يسميه البعض إصلاح هو عند البعض الآخر تفهقر، وهو عند البعض الآخر ثورة و إنقلاب على مفاهيمها، كل ذلك يعتمد على الرؤية الفلسفية لكل شريحة إجتماعية، ونعني بالرؤية الفلسفية هنا مجموعة القيم والتقاليد والعادات والأفكار التي لدى الأفراد والشرائح التي من خلالها تتعامل مع ذاتها ومع المجتمع.

أولاً: الإصلاح لغة.

الإصلاح والصلاح مصدر (صلح) الشيء يصلح اصلاً يقال فيه [صلح] صلوحاً من باب فقد، وصلح بالضم لغة خلاف فسد، فصلح وأصلح بالصلاح وهو الخير والصواب ويقال في الأمر مصلحة أي خير، وأصلحتُ بين القوم: وقُفت والاستصلاح نقيض الاستفساد وقال الجرجاني (الصالح الخالص من كل فساد).

الإصلاح من فعل أصلح يصلح إصلاحاً، أي إزالة الفساد بين القوم، والتوفيق بينهم. وهو نقيض الفساد، فالإصلاح هو التغيير إلى استقامة الحال على ما تدعو إليه الحكمة، ومن هذا التعريف يتبين أن كلمة إصلاح تطلق على ما هو مادي، وعلى ما هو معنوي، فالمقصود بالإصلاح من الناحية اللغوية، الانتقال أو التغيير من حال إلى حال أحسن، أو التحول عن شيء والانصراف عنه إلى سواه. وقد ورد لفظ الإصلاح في القرآن الكريم في أكثر من سورة مثل قوله تعالى: ﴿ والله يعلم

المصلح من المفسد، وقوله مخاطباً فرعون: ﴿إِنْ تَرِيدُ إِلَّا أَنْ تَكُونَ جَبَّارًا فِي الْأَرْضِ، وَمَا تُرِيدُ أَنْ تَكُونَ مِنَ الْمَصْلُحِينَ﴾.¹

وجاء في المعجم الوسيط: "صَلَحَ يَصْلُحُ صَلَاحًا وَصُلُوحًا: زال عنه الفساد، وصلح الشيء: كان نافعاً أو مناسباً. وأصلح في عمله أو أمره: أتى بما هو صالح نافع، وأصلح الشيء: أزال فساده".
ثانياً: الإصلاح اصطلاحاً.

أما اصطلاحاً فيعرفه قاموس "أكسفورد" الإصلاح بأنه "تغيير أو تبديل نحو الأفضل في حالة الأشياء ذات النقائص، وخاصة في المؤسسات والممارسات السياسية الفاسدة أو الجائرة، إزالة بعض التعسف أو الخطأ". الإصلاح يوازي فكرة التقدم، وينطوي جوهرياً على فكرة التغيير نحو الأفضل، وخاصة التغيير الأكثر ملائمة من أجل تحقيق الأهداف الموضوعية من قبل أصحاب القرار في حقل معين من حقول (النشاط الإنساني). كما يشير الإصلاح إلى الإرادة الباحثة عن الخير وتقويم الاعوجاج. يعرف الإصلاح بأنه "عملية ديناميكية هادفة تشمل وضع سياسة منهجية، وإدخال تغييرات في الهيكل والعملية، وذلك بهدف بلوغ مرامي مرغوبة"²، ويمكن تعريفه أيضاً على أنه تغيير قواعد عمل النظام المجتمعي، ومعالجة القصور والإختلالات التي تعيق التنمية والنهوض بالمجتمع من جميع مناحيه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

إن هذا التعريف يعني أن الإصلاح ليس عملاً سياسياً وحسب بل عمل حضاري شامل يتناول المفاهيم والقيم والأفكار والعادات والتقاليد والمؤسسات والأفراد، إذ أنه يمس كافة جوانب الحياة المادية والفكرية والروحية والأخلاقية للمجتمع، هذا بالإضافة إلى أن الإصلاح هو عملية مستمرة بإستمرار الزمن، ذلك أن معالجة معوقات النهوض، وبالذات في الإطار الإجتماعي لا يمكن أن يحددها سقف زمني محدد، وذلك لكونه تماس القيم والأفكار وطرق التفاعل الإجتماعي، لكن المهم في كل مرحلة

¹-فضيلة الشيخ محمد إبراهيم هلال ، مفاهيم التغيير والإصلاح وفق سنن القرآن الكريم ، كلمة القيت في مؤتمر منتدى الوحدة الإسلامية في لندن بتاريخ 8 يونيو 2013.

²-خوجة توفيق بن احد وآخرون، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية،الرياض،مكتبة الملك فهد الوطنية،ط1، 2009م،ص 314.

التشخيص العلمي للواقع وتبيان المشاكل والإشكالات التي تعبر في بعض الأحيان عن حالة الأزمة، والتي تتطلب فعلاً إصلاحاً جذرياً وسريعاً، وخصوصاً عندما تكون المشكلة القائمة تهدد وحدة وسلامة المجتمع، و يمكن أن تجره إلى الفوضى واللاإستقرار.

إن أول خطوة في عملية الإصلاح، تكمن في قراءة الواقع الإقتصادي والإجتماعي والثقافي والتربوي وحتى السياسي، ونعني بللقراءة وصف الواقع بحقائقه، لا أن نعكس تصوراتنا عليه. فذكر حقائق الواقع بشكل واضح بنية الإصلاح والتنمية لا بنية الهدم والتجريح، هي الخطوة الأولى التي تبين لنا مكامن الخلل والإعوجاج، قال تعالى على لسان نبيه شعيب ﴿إن أريد إلا الإصلاح ما أستطعت وما توفيقي إلا بالله﴾ الآية 88 من سورة هود ، ومن جهة أخرى فإن الإصلاح قد يتحقق إذا إجتمعت شروط أساسية لا غنى عنها، و نقصد هنا إستشارة كل الشركاء داخل المجتمع، وهو ما يمكن تسميته الشورى بالمفهوم الإسلامي، فلا غنى لولي الأمر عن المشاورة،¹ فإن الله تعالى أمر به نبيه فقال: ﴿فاعف عنهم وأستغفر لهم وشاورهم في الأمر﴾ الآية 159 من سورة آل عمران.

ومن جهة أخرى ينظر للإصلاح من زاوية منهجية على أنه: "تغيير تدريجي جزئي سلمي". ومن أدله الإصلاح كتغيير تدريجي جزئي سلمي قوله (صلى الله عليه وسلم): "من رأى منكم منكراً فليغيره بيده إن استطاع، فإن لم يستطع فبلسانه، فإن لم يستطع فبقلبه وذلك أضعف الإيمان، ليس بعد ذلك من الإيمان شي: "صحيح مسلم رقم 78. ويأخذ الإصلاح كمنط للتغيير أشكال عدة أهمها التقويم الذي عبر عنه أبو بكر الصديق (رضي الله عنه) بقوله "إني قد وليت عليكم ولست بخيركم، فإن أحسنت فأعينوني، وإن أسأت فقوموني". والتقويم يعبر عن موقف يتجاوز كل من موقفي الرفض المطلق والقبول المطلق إلى موقف نقدي قائم على اخذ وقبول الصواب، ورد ورفض الخطأ، فهو نقد للسلطة لتقويمها أي بهدف الكشف عن أوجه قصورها عن أداء دورها. ومن أشكال الإصلاح النصح لقول (صلى الله عليه وسلم): "الدين النصيحة، قيل : لمن يا رسول الله؟! قال : لله ولكتابه ولرسوله، و للمؤمنين وعامته".

¹- أحمد بن تيمية، السياسة الشرعية في إصلاح الراعي و الرعية، الجزائر ، ط1، سنة 1994، ص183.

وقبل أن يصبح مفهوم الإصلاح، مفهوم متداول ومستقل في الأدبيات السياسية الحديثة، فإن أبعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية متضمنة في الكثير من المفاهيم الشائعة مثل: التنمية Development، أو التحديث Modernization، أو التغيير Change، أو التحول Transition، وللإصلاح أنماط متعددة، فقد يكون شاملاً و يقترب إلى حد كبير من مفهوم التغيير، يمكن استخدام التعريف التالي لمفهوم الإصلاح: «التغيير والتعديل نحو الأفضل لوضع شاذ أو سيء، ولا سيما في ممارسات وسلوكيات مؤسسات فاسدة، أو متسلطة، أو مجتمعات متخلفة، أو إزالة ظلم، أو تصحيح خطأ أو تصويب اعوجاج». و ربما يقتصر على حقل واحد أو أكثر من حقول النشاط الاجتماعي، فيصح عندها القول بإصلاح إقتصادي وأخر إداري وثالث سياسي ورابع ديني أو قضائي أو ثقافي. ويندرج موضوع دراستنا ضمن نمط الإصلاح القطاعي الذي يمس حقل واحد أو قطاع واحد من حقول النشاط الاجتماعي، ونعني به إصلاح قطاع الصحة، وإن كان ضمن الإصلاح الشامل الذي إتخذته السلطات العمومية في الجزائر.

ثالثاً: شروط الإصلاح

- حتى يمكن اعتبار أي تغيير في وضع ما إصلاحاً لا بد من توافر الشروط أو الظروف التالية:¹
- 1 - أن يكون هناك وضع شاذ يحتاج إلى إصلاح أو علة تحتاج إلى دواء. إذ أنه في ظل غياب الوضع الشاذ فإنه لا مبرر للإصلاح، لأنه يصبح أقرب إلى الترف. فالعلة قد تكون غياب العدالة أو الحرية أو انتشار الفقر أو المرض وعدم الاستقرار، فالعلة تساعد في تحدي موطن الخل لكى يتم اختيار العلاج الشافي.
 - 2 - أن يكون التغيير نحو الأفضل، فتسود الحرية محل الاستبداد، أو العدالة محل الظلم أو الأمن محل الخوف والتعليم محل الأمية، أو الاستقرار محل الفوضى.
 - 3 - أن يكون التغيير له صفة الاستمرارية ولا يتم التراجع عنه Irreversible ، فالتغيرات المؤقتة التي يمكن التراجع عنها لا يمكن اعتبارها إصلاحاً بالمعنى الحقيقي للكلمة، فتحول نظام سلطوي إلى نظام ديمقراطي هش يمكن زواله بسرعة لا يعتبر إصلاحاً.

¹- علاء غنام، نحو منظور شامل لإصلاح القطاع الصحي يكرس مبادئ العدالة الاجتماعية، مدونة المبادرة المصرية، 2012، ص1.

من المحتمل أن ينشأ عن عملية الإصلاح (بمعنى التغيير) تحفظ أو معارضة من جانب الأفراد المتأثرين بحدوث التغيير، أو الذين يعتقدون إحتمال تأثرهم بهذا التغيير، ومن أهم أسباب مقاومة التغيير ما يلي:

- تعارض الإصلاح مع المصالح الشخصية للأفراد، فالأفراد يقاومون التغيير لاعتقادهم أن التغيير سوف يفقدهم مركزهم أو نفوذهم.
 - سوء الفهم فيما يتعلق بالأسباب والدوافع الحقيقية وراء التغيير والتطوير.
 - وجود مخاوف لدى العاملين من أن التغيير لن يكون في صالحهم.¹
- ويمكن تصنيف مقاومة التغيير إلى نوعين، يقوم إحداهما على التحليل المتعلل للتغيير في إطار فلسفة محددة، بينما يبني النوع الثاني على العاطفة والانفعال والرغبة في الحفاظ على المزايا الشخصية، ورغم أنه ينظر بنوع من الارتياح إلى النوع الأول، فإنه ينظر بسلبية إلى النوع الثاني القائم على العاطفة، إلا أنه ينبغي أن نشير إلى أن هناك مزايا يمكن الوصول إليها إذا حاولنا تفهمها، وتوضيح هذه المزايا للطرف الآخر، ولضمان أدنى درجة من مقاومة التغيير يجب تبني الشفافية والاتصال الفعال، والمشاركة.²

إذن فمقاومة التغيير تأتي كرد فعل على عملية الإصلاح، وهذا إما بسبب عدم فهم محتوى عملية الإصلاح، أو لعدم إشراك تلك المجموعات الممثلة لقطاع ما، أو لأسباب شخصية يرى أصحابها أن عملية الإصلاح ليست في صالحهم، و بالتالي تؤثر سلبا على مستقبلهم المهني.

وعموما فإن صياغة السياسات العامة من أجل إيجاد حل للمشاكل القائمة، تتم على مستوى أطر وقنوات ضيقة داخل الوزارات والأجهزة التنفيذية، وبعيدا عن المشاركة الحقيقية من قبل المواطنين أو من قبل القوى الإقتصادية والإجتماعية الأساسية في المجتمع،³ بما في ذلك القوى والفئات المعنية

¹ - ماجدة العطية، سلوك المنظمة، سلوك الفرد و الجماعة، عمان، دار الشروق للنشر و التوزيع، 2003، ص 247-249.

² - سعد الصاوي، محمود العرفي، التغيير في البيئة الداخلية لتفادي معوقات التغيير، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، الصادرة بالجزائر، المجلد 13، العدد 25، سنة 2003، ص 219-220.

³ - توفيق إبراهيم حسنين، النظم السياسية العربية "الاتجاهات الحديثة في دراستها"، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002، ص 301-302.

مباشرة بتلك السياسات، ولذلك فإن بعض السياسات بمجرد الإعلان عنها تصبح مصادراً للخلافات والتوترات بين السلطة السياسية وبعض قوى فئات المجتمع، باعتبار أن السياسات المعنية تلحق الضرر بمصالح هذه الفئات، أو لا تقدم حلاً جوهرياً للمشكلات القائمة.

المطلب الثاني: إصلاح النظام الصحي.

يعتبر النظام الصحي جزء من الكل المجتمعي في تطوره السياسي والاقتصادي والثقافي، و أن إصلاحه يعني إحداث تغيير شامل وعميق يعتمد على التغيير المجتمعي الديمقراطي والدولة المدنية الحديثة. ويمكن أن يقصد به - أي إصلاح النظام الصحي - البناء على الإيجابيات الموجودة في النظام الحالي، وتقويم جوانب الضعف والسلبيات من أجل إنجاز الأهداف الصحية، والتنسيق والتعاون بين جميع قطاعات الدولة.¹ كما يعتبر مساراً مخططاً يوجه الأبعاد الإستراتيجية للنظام الصحي، ويشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة.

ويعرف الإصلاح في القطاع الصحي بأنه "عملية تغيير استراتيجي مستمرة بعيدة المدى ذات أهداف محددة ترمي إلى جعل النظام الصحي قادر على تقديم خدمات صحية ذات كفاءة، فاعلية، وعادلة، متيسر الحصول عليها، محتملة التكاليف وذات جودة عالية".²

وهناك اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، وهي كالآتي³:

1. يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلية (structurel) وليس سطحية (incrémental).
2. يجب أن يصاحب أهداف التغيير تغيير في المؤسسات، وليست إعادة تحديد بسيط للأهداف.
3. لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
4. يجب أن يشمل عدداً كبيراً من المقاييس المتناسقة.

¹-جمعية التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات والصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، مصر، النشر جمعية التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات والصحية، سنة 2005، ص21.

²- نفس المرجع، ص 22.

³-عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 2007-2008، ص100.

5. يجب أن يكون المسار موجها من طرف سلطات وطنية و/أو جهوية.

6. تكييف خصائص البلد مع التغييرات التي سوف تحدث.

والجدير بالذكر أنه من المهم أن نميز بين الإصلاحات المنبثقة من النظام الصحي، وتلك المفروضة من خارجها، أي المفروضة من النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي ، أو لها تأثير عليه، وأن إجراء مقارنات بين دول معينة أو في فترات مختلفة في هذا المجال تسمح لنا بتقييم إصلاحات الصحة.

وتبين الدراسات على أن التغييرات في النظام السياسي واقتصادي ومجال إصلاح المؤسسات لها انعكاسات على النظام الصحي وهذا ما سوف نبينه من خلال الأتي¹ :

1- تغيير النظام السياسي والاقتصادي: ومثال ذلك الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية مع سقوط جدار برلين، حيث كان للتغييرات الهيكلية السياسية والاقتصادية أثر سلبي كبير على ظروف الحياة وعلى المصالح الصحية، فتفكك القطاع العام، والتمويل الجماعي للعلاج، والدخول المفاجئ لقوى السوق، وانتشار الفساد، أدى إلى تراجع الحالة الصحية للأفراد، إضافة إلى ذلك خصوصية عرض الخدمات والسلع، والتي عممت على قطاع الصحة، كما أن القدرة الشرائية للأفراد وللدول تراجعت بصورة كبيرة.

2- تغييرات القطاع الصحي الناتجة عن إصلاح المؤسسات: مثال ذلك حركة الديمقراطية السياسية في أمريكا اللاتينية، حيث اعتبر هذا التغيير كاستجابة لأزمة الديون، والحاجة لإقامة الديمقراطية بعد عشرينات من الديكتاتوريات والنظم العسكرية، أخذت هذه التغييرات شكل تخفيض موازنات الدولة، وإعادة تخصيص السلطات والموارد على المجالس البلدية والمقاطعات والمناطق وكانت النتيجة سوء تنظيم كبير للعلاج.

3- التغييرات في قطاع الصحة الناتجة عن سياسات التعديل الهيكلي (PAS) وإعادة الهيكلة الاقتصادية والمالية: حالة برامج التعديل الهيكلي في أمريكا اللاتينية و إفريقيا خلال الفترة الممتدة من 1980م إلى 1990م، والتي صممت أساسا من طرف البنك العالمي (BM) وصندوق النقد الدولي

¹- عدمان مريزق، المرجع السابق ، ص 110-111.

(FMI) وتشمل خفض العملات، تحرير التجارة، تخفيض النفقات العمومية من أجل مواجهة عجز الموازنة وميزان المدفوعات، وإجراءات الخصخصة وتوسيع دور السوق مما أثر على قطاع الصحة.

خلاصة الفصل

مما سبق ذكره، نستنتج بأن النظام الصحي هو جملة المنظمات والمؤسسات التنفيذية والموارد المكرسة لتحقيق وتحسين السلامة الصحية. وهو من العوامل الأساسية في تحديد مستوى التنمية داخل المجتمع، كما أنه يحمل عدة مفاهيم لها علاقة بالهيكل التنظيمي، والتي تسمح بتحليل مكوناته التي ليس لها معنى إلا في مجملها، والغرض الرئيسي للنظام الصحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع. إن النظم الصحية في العالم متعددة، ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الأفراد، وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد. إذ يمكننا المقارنة بين النظم الصحية وفق هذه المعايير ومعايير أخرى محددة.

من جهة أخرى، تعد السياسات الصحية مخرجات النظم الصحية، فهي تمثل موقف الحكومة الرسمي وبرامجها وقراراتها في مجال الصحة. وبهدف فهم السياسة الصحة ودراستها على نحو أنجع، فقد قسمت إلى تصنيفات محددة، فحسب د.فرانك هناك السياسة التي تهتم بالنظام وأخرى بالبرامج والسياسات. أما بالنسبة لـ د.والت، فقد ميز بين السياسات صغيرة قصيرة المدى وأخرى كبيرة طويلة المدى. وهناك من يصنفها تصنيفاً عاماً إلى سياسات ميّنة وميغنا، فالأولى تعتمد على صانع القرار في صنع السياسة الصحية والثانية هي سياسات إرشادية وتوجيهية.

ولإعداد السياسة الصحية، لا بد من التركيز على جملة من المحاور والتي تتمثل في تحديد الأولويات والأهداف، وضبط الأدوات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف، كالتنظيم الصحي، بالإضافة إلى الهياكل والمؤسسات التي لها دور في صنع وتنفيذ السياسة الصحية.

والأهداف السياسة الصحية التي تسعى لتحقيقها تنقسم إلى أهداف سياسية، تتلخص في التنظيم الإداري والقانوني وتعزيز دور الحكومة في الاهتمام بصحة مواطنها، وأهداف أخرى اجتماعية تتمثل في تحسين الأحوال الصحية والرفع من معدل الأمل في الحياة والتقليل من نسبة الوفيات وتوفير الخدمات الطبية وجودة الرعاية الصحية، وهذا ما يعبر عن أهميتها من جهة ومن جهة أخرى فان

تعدد أساليب وضعها وتتنوع أهدافها وغموض بعض السياسات الصحية وكونها محصلة تفاعل بين القطاع العام والخاص ووزارات أخرى، تساهم في اكتساب السياسة الصحية هذه الأهمية .

وبالنظر إلى أوجه القصور والعجز التي تنتاب الأنظمة الصحية ، فقد تلجأ العديد من الحكومات إلى إجراء إصلاحات لها، مما يعني إحداث تغيير شامل وعميق يعتمد على التغيير المجتمعي الديمقراطي والدولة المدنية الحديثة. ومن خلال الإصلاحات الحديثة للنظم الصحية يمكن أن يعرف الإصلاح في النظام الصحي بأنه " عملية تغيير استراتيجي مستمرة بعيدة المدى ذات أهداف محددة ترمي إلى جعل النظام الصحي قادر على تقديم خدمات صحية ذات كفاءة ، فاعلية، وعادلة، متيسر الحصول عليها، محتملة التكاليف وذات جودة عالية".

الفصل الثاني

إصلاح النظام الصحي

في الجزائر

مقدمة

بعد ما تم التطرق إلى التأسيس النظري والمفاهيمي للنظام الصحي وإصلاحه، يأتي هذا الفصل مكملاً للفصل الأول من حيث التسلسل المنهجي، حيث جاء يعالج واقع النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2015م من خلال التطور والاختلالات وعملية الإصلاح. وعليه قسمنا الفصل إلى ثلاث مباحث، تناولنا في المبحث الأول التطور التاريخي للنظام الصحي مقسم على أربعة مراحل أساسية، بعدها تناولنا في المبحث الثاني اختلالات والظرف المحيطة بالنظام الصحي الجزائري وأخيراً وليس أخيراً المبحث الثالث تعرضنا فيه إلى مجالات الإصلاح التي مست النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.

تعد الجزائر كغيرها من الدول التي شهدت تطورات في نظامها الصحي، وهذا تبع للمتغيرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي مرت بها، والسياسية الصحية في الجزائر من منذ الإستقلال 1962 إلى يومنا هذا مرت بعدة تغيرات، سيتم دراستها عبر مراحل:

المطلب الأول: النظام الصحي في الفترة من 1962-1973.

إن فترة الإحتلال الفرنسي تميزت بعدم التوازن الجهوي و اللامساواة فيما يخص صحة السكان ، بحيث وجهت كامل الجهود للإعتناء بالصحة العسكرية والأفراد المستوطنين، مع تركيز المراكز الصحية في المدن الكبرى، كما أن الوضعية الصحية للسكان الجزائريين كانت صعبة جدا وتميزت بانتشار الأمراض و الأوبئة، كالمالريا و السل و الكوليرا و التيفوي و الإسهال...الخ.

في حين كانت المدن الكبرى في الجزائر بها مستشفيات وأطباء، كان الريف الجزائري يعتمد على الطب التقليدي والأعشاب الطبية، بسبب عدم وجود مراكز صحية به، حيث نسجل قرابة 300 طبيب فقط لـ 10 ملايين نسمة¹، بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة.

غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع ، فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهنات، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض والأوبئة، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا ، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة تميزت بمحدودية خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة، كما كان عليها إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار مثل توفير قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في

¹ -نور الدين حاروش، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهنات والواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 07، 2009، ص 43.

الحملة التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية¹.

وأمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة وخاصة) وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن

للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساو، وتشكيل فرق طبية متنقلة.

- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

كما تميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، وبذلك فقد تم

تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال². أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها

للسياسة الصحية الوطنية فتتمثلت في³:

✓ الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال

الحملة التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

✓ علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية

إبتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

✓ التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية

صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية .

تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين، بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب،

مع نقص فادح في الهياكل الصحية، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية هي كالآتي⁴:

-نسبة وفيات الأطفال 180 %.

-أمل الحياة 50 سنة.

- عدد الأطباء 1 إلى 2 لكل 10.000 ساكن.

¹- عمر خروبي بزارة، المرجع السابق ذكره، ص39.

²- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population,

Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2001, p5.

³- نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، قسنطينة، دار كتامة، 2008، ص131 .

⁴- فافة سهيلة براحو، إصلاح المنظومة الصحية، واقع وأفاق، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد6، سنة200 ، ص113.

- أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.000 ساكن.

- الصيادلة 3 لكل 100.000 ساكن.

تم خلال هذه الفترة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية والتي تهتم بإنتاج وإستيراد وتوزيع الأدوية بالجملة، أما التوزيع بالتجزئة فكان موزع على القطاع العام والخاص¹.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث بلغ سنة 1966م، 163 مستشفى بسعة 39418 سرير، و256 مركز صحي، وبعده 364 طبيب و20.000 شبه طبي وحوالي 19000 مستخدم إداري، وشهدت سنة 1974م زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الأسرة بلغ 41728 سرير، وبلغ عدد المراكز الصحية 558 مركز، وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425 طبيب، وإنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ العدد 143²، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 م.

تسمى هذه الفترة بطب الدولة، من خلال المؤسسات الإستشفائية التي تضمن العلاج و الإستشفاء وكانت تسير من طرف وزارة الصحة التي تم إنشائها كوزارة قائمة بذاتها في سنة 1965م، وقبل ذلك كانت مندمجة في وزارات أخرى، ونجد المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن والبلديات، والتي كانت تسير من طرف البلديات، ومراكز النظافة المدرسية التي كانت تسير من طرف وزارة التربية والتعليم هذا من جهة، ومن جهة أخرى كان هناك قطاع خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء العاملين في القطاع الخاص إستعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقد.

مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ في سنة 1964م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة في سنة 1966م من جهة ثانية،

¹-R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population, **Développement du système national de santé, stratégie et perspectives**, Alger, Mai 2003, p.3.

²-École National de Santé Publique, **le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives**, Alger, avril 2008, p.5.

أخذت الأمور تتحسن وذلك من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي¹، وكذلك صدور مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 1969/7/9م، والمتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيته، الذي ساهم بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965م بمساعدة منظمة الصحة العالمية.

نستنتج من خلال هذه الفترة أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساسا في إنشاء نظام صحي فعال، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية إحتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، خاصة إذا علمنا أنه مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية والدستورية للدولة الجزائرية، ومع ذلك نسجل عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية.

أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش وهذا لعدم إهتمام الدولة به، وحرصها على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر.

المطلب الثاني: المرحلة الثانية 1974-1989.

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير (زيادة عدد السكان)، وعودة الأمراض والأوبئة لعدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل إحتياجات العلاج للسكان، جاء قرار تأسيس الطب المجاني²، وهو أهم قرار إتخذه السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي والإقتصادي الإشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة إجتماعية أو إقتصادية أخرى إتخذتها السلطة في تلك الفترة.

¹ - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 135.

² - ج.ج.د.ش، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م، ص 2.

ما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على إتخاذ قرار مجانية العلاج هو إرتفاع سعر البترول، ويمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منعرج حقيقي ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية إشتراكية المنهج. وقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية: -تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي من سنة 1974م مما يسمح بتعميم إستفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

-إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية. -تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.¹

إن تأسيس الطب المجاني في هياكل الصحة العمومية ،دعمه النص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني 1976م حيث جاء فيه ما يلي:"في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة والحفاظ على صحة السكان وتحسينها "وكذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976" تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الإستعمال لكل السكان ،مع ضمان أكبر قدر من السهولة والفعالية وذلك للإستجابة للإحتياجات الصحية".

من جهة أخرى لم تتخذ الدولة نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات للفحص، وتسويق المواد الصيدلانية، حيث إتخذت الدولة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976م التي تترك المجال مفتوحًا لممارسة الطب الحر، والإختيار بين الوقت الكامل *plein temps* ونظام نصف الوقت، والإختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك قرارات سنة 1979م الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977م، وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الإستشفائية الإختيار بين القطاع العام أو القطاع الخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورته سنة 1980م الباب مفتوحًا أمام الممارسة الخاصة للطب، وذلك بالنسبة

¹-R.A.D.P,M.S.P,Développement du système national de santé, stratégie et perspectives,p.3.

للأطباء الذين إستجابوا للخدمة الوطنية.¹

إن المشاكل التي عرقلت عمل النظام الصحي في الجزائر كانت كبيرة، حيث أن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى والخدمات العلاجية، أدت إلى تهيمش الرعاية الأولية والوقاية، وكذلك الإكتظاظ والإزدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، وهذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير وجد الفرصة سانحة لنموه والإرتقاء بخدماته كما ونوعا، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الإستفادة من العلاج في القطاع الخاص بسبب التكلفة الكبيرة، حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي).

هذه الوضعية أربكت السلطة السياسية في الجزائر، مما إستدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط وهذا كإستثناء.

إحتوت قرارات المؤتمر الرابع على 159 نقطة، وهي تعتبر بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني، وهذا نتيجة وعي السلطة بدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي والخوف من منافسة نظام صحي ليبرالي بدأ في التطور، وتعتبر هذه القرارات ذات طابع سياسي إستراتيجي من جهة، بحيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي، ومن جهة أخرى تضيق الخناق على القطاع الصحي الخاص وتركه على الهامش.

نذكر من بين أهم القرارات التي خرج بها المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني والخاص بإصلاح النظام الصحي الجزائري²:

¹ - L.Lamri, **Le système de santé Algérien, Organisation, Fonctionnement et tendances**, mémoire de magistère, Institut des sciences économique, Université d'Alger, Novembre 1986, p.182.

² - خروبي بزاره عمر، المرجع السابق ذكره ، ص43.

1- إنشاء نظام صحي إشتراكي أو نظام قائم على الخدمة الوطنية للصحة، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد ومتجانس، أي إلغاء قطاع الشبه العمومي parapublic ، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، أي إرتباط المؤسسات الصحية بالحماية الإجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984م بالنسبة للهياكل والمؤسسات الموجودة (عيادات طب الأسنان والمستشفيات الصغيرة المتخصصة وعيادات طب الأطفال، عيادات الولادة والمراكز الطبية الإستشفائية).

2- النظام الصحي جزء مدمج ومهم في التطور الإقتصادي والإجتماعي، هذا يعني أنه لن يكون هناك تطور إقتصادي دون تطور النظام الصحي، ولذلك يجب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية وتكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة، وكذا التخطيط للنشاطات والبرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة والطفولة، برنامج تباعد الولادات ونظافة المحيط، وطب العمل.

3- نظام صحي متعدد المشاركة الذي يجمع قطاعات معينة أو مهتمة وحتى السكان، أي دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة مثل قطاع الشباب والرياضة، قطاع البيئة والجماعات المحلية.

أما فيما يخص هياكل ومؤسسات النظام الصحي في هذه الفترة، فقد عرفت تطورا نسبيا من حيث العدد، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم 01: جدول يبين هياكل ومؤسسات النظام الصحي للفترة الممتدة من 1979 إلى 1989

السنوات	عدد السكان (مليون)	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	العيادات المتعددة الخدمات	المركز الصحي	الأطباء	الشبه الطبي	الإدارة
1979	18,3	16	162	44885	157	644	4561	ND	ND
1984	21	195	215	50210	285	914	9106	ND	ND
1986	24,4	195	261	60040	370	1147	13395	ND	ND
1989	25	178	261	65000	428	1500	25000	60000	39600

ND: رقم غير متوفر

المصدر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية 2008

نستنتج أن هذه الفترة شهدت تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية والهياكل القاعدية (عيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحة)، بالإضافة إلى إنشاء 13 مركزاً إستشفائياً جامعياً بمهام ثلاثة وهي: الرعاية وتقديم العلاج، التكوين والبحث في سنة 1986¹ وذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الإستفادة من الرعاية الصحية ومجانية العلاج. وبفضل البرامج الوطنية للصحة (برنامج محاربة مرض السل ونقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري والمجاني...) تراجعت نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال، ناهيك عن انخفاض الأمراض المتنتلة، وانتقال أمل الحياة من 50 سنة في 1962م إلى 65 سنة في سنة 1989م. من الناحية القانونية والتشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 05/85 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1405 هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

لقد شهدت النفقات الوطنية للصحة في الجزائر نموا مطردا، حيث انتقلت من نسبة 1,6% من الناتج الداخلي الخام (PIB) في سنة 1973م إلى نسبة 3.7% سنة 1980م ومن 4.4% سنة 1985م إلى نسبة 6% في سنة 1988م. في حين تطورت ميزانية قطاع الصحة بنسبة 961% خلال 12 سنة (1974-1987)².

المطلب الثالث: المرحلة الثالثة 1989-1999م.

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة إقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقه، والاستقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة³، فضلا عن إستفحال ظاهرة البطالة والمحسوبية وبروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها فدي

¹ - ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، عدد 06 الصادر في 12 فيفري 1986، ص 115.

² - خروبي بزاره، المرجع السابق ذكره، ص 44.

³ - Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, **Algérie Plan de travail 2004** - 2005, novembre 2003, p.1.

نظام حر إلا بمرور أجيال.¹ ومع ذلك عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية وعصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها. فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993م و1996م²، نذكر منها المرسوم التنفيذي 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، والرسوم التنفيذية رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09م والمتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، والرسوم التنفيذية رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان، والرسوم رقم 227/98 المؤرخ في 1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة ومن بينها التجهيزات الصحية والعمليات المركزية.

إن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية والإستشفائية، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع إقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995م والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي³، وجاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث وبالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي.⁴

¹-مولود ديدان، مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية، الجزائر، دار النجاح للكتاب، ط1 ، 2005 ، ص 349 .

²-المراسيم التنفيذية التي اصدرت في الفترة 1993-1996م (والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30م المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب والتحليلات القيمة، والرسوم التنفيذية رقم 143/93 المؤرخ في 1994/03/30 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية، المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09م المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم).

³-ج.ج.د.ش، وزارة الصحة و السكان، المنشور الوزاري رقم 01-95 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام و الإيواء داخل المستشفى، ص.2.

⁴- نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 152 .

أما فيما يتعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1998 فيمكن الإستدلال على ذلك من خلال الأرقام التالية¹:

- عدد المستشفيات 223 .

- عدد العيادات المتعددة الخدمات 465 .

- عدد المراكز الصحية 1144 .

- عدد عيادات الولادة 433 .

- عدد قاعات العلاج 4222 .

أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فهي كما يلي²:

- نسبة الولادات 25,3 %.

- نسبة وفيات الأطفال 44 %.

- متوسط أمل الحياة 68 سنة

في حين كان تطور عدد المستخدمين لثقالي³ :

- عدد الأطباء الجزائريين 28274 .

- عدد أطباء الأسنان 7966 .

- عدد الصيادلة 4022 .

- عدد التقنيون في الصحة 30048 .

- عدد أعوان الصحة 14206 .

- طبيب أسنان واحد لكل 4033 نسمة.

- صيدلي واحد لكل 7818 نسمة.

¹- أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر. رسالة ماجستير، علوم اقتصادية، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2001، ص 119 .

²- O.M.S, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999, p.100.101.

³- أمير جيلالي، المرجع السابق، ص 121 .

أما ما يخص التجهيزات الطبية فكانت تسجل بها أعطال كثيرة حيث وصلت إلى ما يزيد عن 20% ومرد هذا إلى تقليص الغلاف المالي للصيانة والتجهيز، هذا التدهور المالي والهيكلية والتجهيزات رافقه إنتشار الأمراض، والتي هي مؤشر واضح عن تدني في المستوى الصحي للسكان وظهور الأمراض المسماة بأمراض الفقر وقد سجل في أواخر هذه الفترة الحالات المرضية التالية وهذا حسب الديوان الوطني للإحصاء لسنة 1999م¹:

-مرض التيفويد سجل 2427 حالة.

-مرض الإسهال سجل 2892 حالة.

-الحمى سجلت 3434 حالة.

-التسمم الغذائي سجل 1095 حالة منها حالة وفاة واحدة.

عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي²:

-إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية(LNCP) في سنة 1993م، وهذا من أجل المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق.

-إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات(PCH) في سنة 1994م.

-إنشاء الوكالة الوطنية للدم 1995 (ANS)،وهذا لتطبيق السياسة الوطنية للدم.

-إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي(ANDS) 1995م.

-إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل و المنتجات الصيدلانية(CNPM)1998م.

-إنشاء المركز الوطني للتسمم 1998 (CNT)، للتكفل بدراسة وتقويم كل ما يخص أخطار التسمم.

-إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي(INPFP) في 1996م.

رغم المحاولات المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح

¹- أمير جيلالي، المرجع السابق، ص120 .

²-R.A.D.P,M.S.P, Direction de la planification, **statistique sanitaire**, Alger, Aout 1999,p.8.

يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي.

المبحث الثاني: الاختلالات و الظروف المحيطة بالنظام الصحي الجزائري.

لم يكن التغيير الذي عرفته الخارطة الصحية في الجزائر وليد الصدفة بل كان نتيجة أسباب ودوافع، فقد سبق هذا التغيير عدة ملتقيات ومؤتمرات لمناقشة الوضع الذي آل إليه قطاع الصحة، من حيث التسيير، الخدمات المقدمة، الإمكانيات المادية واللوجستيكية المسخرة. ومصادقة الجزائر على تصريح الألفية الذي حدث أثناء انعقاد قمة الألفية بنيويورك أيام 6،8 سبتمبر 2000 م، وفيه تم الإجماع حول ثمانية أهداف يجب تكثيف الجهود من أجل تحقيقها بحلول العام 2015م وهي القضاء على الفقر والمجاعة، تعميم التعليم الابتدائي، تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، تخفيض معدل وفيات الأطفال، تحسين صحة الأمومة، محاربة داء فقدان المناعة (السيدا) وحمى المستنقعات وأمراض أخرى، كفاءة الاستدامة البيئية وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية¹.

المطلب الأول: الاختلالات النظام الصحي في الجزائر.

ولعل التوقير الذي تقدم به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات يكشف الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها يجازها فيما يلي²:

1. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى ، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

✓ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.

¹-طاهري طيبة، طرق تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص نقود و تمويل، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2008 ، ص99-102.

²-عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، المرجع السابق ذكره، ص206-210.

✓ ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.

✓ مديونية ثقيلة.

✓ غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها

لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي¹:

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير .
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين ،حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى ، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من

¹–Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie.

<http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf>.

تخصيصات الميزانية الإجمالية.

- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها¹.

2. الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما اقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى.

أ - العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدبير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:

- ✓ تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.
- ✓ تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- ✓ تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي.

¹-Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie ,op cit .

- ✓ نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- ✓ تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقترحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:¹
- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهياكلها غير الممركزة.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
- تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

ب -العراقيل المترتبة بالإعلام والتكوين وأوجه معالجتها:

❖ -المتعلقة بالنظام الإعلامي²:

إن الإعلام الصحي كغيره من الوسائل الأخرى يخضع لنتائج التطور التكنولوجي الذي تشهده كل القطاعات، بحيث انتقلنا من النمط التقليدي لاستغلال المعلومات و تحليلها إلى نمط جدي

¹-Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie ,op cit .

²-كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ،مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة منتوري ، قسنطينة،السنة2008-2009،ص58.

يعتمد أساسا على التكنولوجيا الجديدة الخاصة بالإعلام، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، ومن أهم الإختلالات نجد ما يلي:

✓ إنعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه إنعدام أي إستغلال لهذه الرموز.

✓ سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم تكييف و مرونة بعض السجلات الإدارية، مما نتج عنه عدم استفادة المريض من هذه السجلات بطريقة منتظمة.

❖ المتعلقة بالتكوين :

أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي،الخاص)، وذلك لعد اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

✓ لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.

✓ التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.

✓ مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

✓ تكوين المسيرين على مستوى التعليم العالي لا تستجيب لهواصفات التسيير في المستشفيات.

كما خص ذات المجلس أهمية اكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية¹:

▪ إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.

▪ وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين

¹-Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie,op cit .

- وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص المتدرسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
 - إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.
 - جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
 - وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
 - مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب حاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة" في المستقبل القريب.
- كل هذه الإختلالات التي تجسدها هذه الوضعية للنظام الصحي بالجزائر داخليا تستلزم حتما إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة و للنظام الصحي الوطني بصفة عامة ولكن لا يمكننا التغاضي عن الظروف الخارجية التي أحاطت بالنظام الصحي الوطني والتي لم يتناولها المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات.

المطلب الثاني: ظروف وأوضاع النظام الصحي في الجزائر.

سنتناول في هذا الجزء الظروف التي أحاطت بالنظام الصحي الوطني من خلال التعرض إلى الوضعية المتعلقة بالقطاع الخاص والعمومي، ثم الوضعية الصحية، ثم الوضعية الديمغرافية، ثم الوضعية الإقتصادية.

1. الوضعية المتعلقة بالقطاع الخاص والشبه العمومي¹:

إن التعايش بين القطاع العمومي و القطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملو قطاع الصحة ، فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تنافس الهياكل الإستشفائية العمومية بل وتمتص قدراته البشرية وكفاءاته الطبية وتنافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الإزدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة. هذه الإزدواجية شكلت خطراً على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الإجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج، إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المردودية والربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، الشيء الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام، فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الإختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة و شبه العمومية.

- عدم احترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.

- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.

- غياب إحترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش.

- غياب التعاون و التكامل بين القطاع الخاص و القطاع العمومي للصحة.

- عدم التحكم في تحديد مستحقات و تكاليف النشاطات.

- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والإستعجالات.

2. الوضعية الصحية:

تعرف الجزائر تحول وبائي كبير، حيث إنتقلنا من هيمنة الأمراض المتنقلة التي ميزت الوضع

¹-حميدة بن حليلة، "الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر:النظام التعاقدية" تقرير التربص الميداني،السنة الرابعة فرع إدارة الصحة،المدرسة الوطنية للإدارة، أبريل 2006 ، ص8.

العام للصحة في الجزائر، إلى ظهور و سيطرة الأمراض المزمنة، ومرد ذلك إلى المحيط الإجتماعي وتحول نمط المعيشة للسكان بما فيها مشاكل الصحة العقلية، والإدمان والحوادث المرورية أين لا يمكن غض البصر على نتائجها الخطيرة على المجتمع¹.

■ الأمراض المتقلة:

حيث تعتبر أمراض التهاب الكبد، التيفويد، الليشمانيا، الحصبة ومرض السل الأكثر إنتشارا، والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوفيات لدى شريحة الأطفال خاصة، إلى جانب ذلك الفقر وسوء التغذية ونقص الإمكانيات، خاصة النقص الهائل في عدد الأطباء، وكثرة الأخطاء الطبية التي أودت في كثير من الأحيان بحياة الكثير من المرضى، أين تم اللجوء إلى التعاون الخارجي، ورغم ذلك فبفضل البرنامج الخاص بالتلقيح تم إلى حد كبير التحكم في عدد المصابين بهذه الأمراض، هذا لا يعني القضاء عليها بشكل كلي، مثل مرض السل الذي يعتبر من الأمراض الأكثر شيوعا في الجزائر والذي يهدد حياة العشرات من الأطفال، نتيجة لسوء التغذية لعدد كبير من العائلات وذلك بسبب الفقر، ومن جهة أخرى قلة النظافة، التي تساهم هي الأخرى في إنتشار مرض السل².

■ الأمراض المزمنة:

إن التحول الذي تعرفه الجزائر من حيث نوع المرض (حيث انتقلنا من مرحلة سادت فيها الأمراض المتقلة إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة، دون القضاء التام على بعض الأمراض المتقلة مثل مرض السل الذي يسمى مرض الفقر) حتم على الحكومة وفي مقدمتها وزارة الصحة على ضرورة العمل للتكيف مع هذا الوضع الجديد، و يظهر ذلك جليا من خلال عدد المصابين بهذه الأمراض، حيث وصل حسب إحصائيات 1998 إلى 10,5% من عدد السكان.

في حين توضح بعض الأرقام الصحية، أن عدد السكان حسب آخر إحصاء لسنة 2008 أكثر من 34 مليون نسمة، أما عدد مرضى السكري فيقارب 03 مليون، أي 5% من السكان، أما مرض

¹-حميدة بن حليلة ، المرجع السابق ، ص9-10.

²- R.A.D.P, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, politique nationale de santé, évaluation et perspectives (rapport global), 02 octobre 2007, p24.

السرطان الذي لا يقل خطورة من داء السكري، فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009 بمعدل 35 ألف حالة كل سنة، بنسبة 53% للنساء و47% للرجال، ويمثل مرض إرتفاع الضغط 5% من السكان، أما أمراض المفاصل فتمثل حوالي 2%، أما أمراض الربو فتمثل حوالي 2% بالإضافة إلى أمراض القلب والشرايين بنفس النسبة. وتعتبر الصحة العقلية في الجزائر إشكالية بالنسبة للصحة العمومية، حيث وصل سنة 1998 عدد الإعاقات العقلية إلى 460 حالة لكل 100000 فرد¹.

إن ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر لا تنبؤ بخير، كونه يؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان في الجزائر، ومن جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة إلى قطاع الصحة، مع أن ارتفاع النفقات العمومية على الصحة في الجزائر، تملئها ظروف اقتصادية واجتماعية، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان والتكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية والوقاية من الأمراض، وهو حق دستوري لكل الشعب الجزائري دون تمييز.

3. الوضعية الديمغرافية:

إن الإحصاء الوطني للسكان الذي أجري سنة 1998 كشف عن معدل التمدن قدر بـ 58,3%، فيوجد 18.090.326 من السكان يعيشون في المدن، 12.943.686 يقطنون في الأرياف، و يبقى 5689 موزعون على المناطق النائية²، فهذا التوزيع غير المتوازن للسكان يعود أساسا إلى الخصوصيات الجغرافية للوطن، حيث نجد 37,8% من السكان يتواجدون على طول الشريط الساحلي، 52,2% موزعون على مناطق التل، في حين أن 9,7% من السكان تتربع على 83% من المساحة الإجمالية للبلاد المتموقعة في الجنوب، وتمثل ظاهرة الهجرة الداخلية متغيراً يؤثر تأثيراً واضحاً ومباشراً في توزيع السكان³. فاللاتوازن طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج بالأخذ بعين الاعتبار متطلبات إقامة نظام صحي قائم على الخريطة الصحية التي تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الجغرافية والديمغرافية لكل منطقة.

¹ - O.M.S, Bureau regional pour L'Afrique ,Algérie: plan de travail 2004-2005, nevenbre 2003 , p2

² - حميدة بن حليلة، المرجع السابق الذكر ، ص 14 .

³ - إسماعيل قيرة و آخرون، مستقبل الديمقراطية في الجزائر، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002 ، ص 248 .

إذا كان توزيع السكان على المساحة الجغرافية للجزائر، طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج، هذا يعني أن اللامساواة في الحصول على العلاج والوقاية من الأمراض كانت حاصلة وبشكل كبير مما أدى إلى ضرورة إصلاح النظام الصحي، لئلا يكب هذا التطور الديمغرافي، فالإصلاح يجب أن يعكس حقيقة التوزيع السكاني في الجزائر، أي ربط عملية إصلاح النظام الصحي مع التوزيع الحقيقي للسكان على المساحة الجغرافية، حتى يكون هناك توازن في تقديم الخدمات الصحية.

4. الوضعية الاقتصادية:

لقد عرفت الجزائر في هذه الفترة تحسن ملحوظ للتوازنات العامة للاقتصاد الوطني، حيث مرت نسبة التضخم من 5% سنة 1998 إلى 3,5% في سنة 2009 كحد أدنى، أما فيما يخص احتياطات الصرف فقد مرت من 4,4 مليار دولار سنة 1999 إلى 140 مليار دولار سنة 2008.¹

الشيء الإيجابي الذي يحسب لصالح السلطات العمومية هو تخفيض المديونية الخارجية للبلاد، لتبلغ أقل من 5 مليار دولار، في حين كانت تبلغ 29 مليار دولار في سنة 1999، كما تجدر الإشارة إلى أن المديونية العمومية الخارجية الحالية تبلغ أقل من 500 مليون دولار، أما مؤشرات النمو، فقد استقرت وتيرة النمو المتوسط خارج المحروقات خلال العشر سنوات الماضية إلى نسبة حوالي 5% .

ومن أجل إعادة الإقتصاد الوطني إلى سكوته الطبيعية، فقد عمدت السلطات العمومية ممثلة في رئيس الجمهورية إلى إطلاق برنامجين سنويين لدعم الإقتصاد، ويتعلق الأمر ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي (2001-2004) بمبلغ 7,5 مليار دولار وكذلك برنامج تعزيز النمو (2005-2009) بمبلغ 120 مليار دولار، وإطلاق برنامج تكميلي لدعم النمو، وكذلك برنامج الجنوب والهضاب العليا (2005-2009) بميزانية قدرها 200 مليار دولار، من أجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 إلى غاية 2009 فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي (2010-2014) وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جراً سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر بـ 286 مليار دولار وبالتالي فقد

¹ -حصيلة الرئيس عبد العزيز بوتفليقة، التوازنات العامة للإقتصاد الوطني (1999-2009)، 2010، ص 10،

استطاع القطاع الصحي من أن يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج بـ619 مليار دج (أي ما يعادل 155 مليار دج في كل سنة).¹

هذه الوضعية الإقتصادية المريحة والبخوذة المالية التي أضحت تتوفر عليها الجزائر كانت مؤشر ودافع قوي لتنمية الإقتصاد الوطني خارج قطاع المحروقات، والاهتمام بالناحية الإجتماعية للمواطنين خاصة الموظفين الذين أصبحت قدرتهم الشرائية في انخفاض مستمر بما فيهم موظفي قطاع الصحة، وهي من الرهانات الإستراتيجية لمباشرة أي عملية إصلاح.

فرغم هذه البخوذة المالية إلا أن ظروف العمال في قطاع الصحة بالجزائر لم تتحسن كثيرا وخير دليل على ذلك كثرة الإضرابات العمالية من طرف الأطباء والمرضى، و حتى الإداريين ، كل ذلك جعل النظام الصحي في الجزائر يعاني من اللاتوازن وتدهور الخدمات الصحية، كنتيجة حتمية لهذه الوضعية التي وجب تغييرها.

إن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر لا تتعلق بالتمويل المالي، بل هي أعمق من ذلك، حيث ترتبط بنوعية التنظيم بين مختلف مكوناته - النظام الصحي - والبيئة التي يعيش فيها. فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية والإجتماعية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي، وحتى تتحسن مردودية الخدمات المقدمة يجب الإعتماد على الجانب التسييري الرشيد أكثر من الإعتماد على تشيد هياكل بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها، أو لا تعمل بكامل قدراتها.

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر (المشروع، المخططات و مجالات الإصلاح).

إن العشرية الدامية التي عانت منها الجزائر أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها دستوريا، وهو حماية المواطن وتوفير الاحتياجات اللازمة لأفراد المجتمع في شتى المجالات، لاسيما قطاع الصحة، هذا ما أولته الدولة اهتماما بالغا من خلال تحديد مجالات الإصلاح وأولوياته.

¹ -رئاسة الجمهورية، برنامج التنمية الخماسي 2010/2014، البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء برئاسة رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة، الجزائر في 24 ماي 2010 ، ص2.

المطلب الأول: مشروع ومخططات إصلاح النظام الصحي الجزائري.

أولاً: مشروع إصلاح النظام الصحي.

لقد تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002م في (6) ملفات رئيسية تمت إثارتها في تقريره السنوي، أخذاً بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديرية المركزية للوزارة الوصية تمثلت هذه الملفات في الاحتياجات الصحية والطلب العلاجي، إعادة تنظيم الهياكل الاستشفائية، ترقية وتثمين الموارد البشرية، تحسين إدارة الموارد المالية وفق معايير الجودة، اعتماد أساليب تمويل جديدة والتنسيق بين القطاعات (التمويل، الضمان الاجتماعي، التعليم، التكوين المهني..).

❖ أهداف المشروع:

ولقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي¹:

1- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

2- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

3- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

4- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

5- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

6- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الدولة للمؤسسات الصحية.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية

وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

¹ -وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر في 17 جانفي 2003.

❖ ملفات المشروع:

فقد ركز المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في تصوره على ستة ملفات للإصلاح، نعرضها فيما يلي¹:

1. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة و منظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي. وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2. ملف الهياكل الاستشفائية:

يتحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وبإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3. ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، وأجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

¹-Les 6 dossiers de la reforme hospitalière .

4. ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5. ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى¹.

6. ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسرطان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية الاحتياجات الصحية

¹-Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, op cit.

ثانيا: مخططات عملية الإصلاح.

بعد تحديد الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، والتعرض إلى الوضعية الخارجية المحيطة به، وكذلك تحديد الأهداف والملفات المسطرة من طرف السلطات العمومية، نأتي إلى التطرق لعملية الإصلاح من خلال تناول المخططات التي رسمتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الفترة الزمنية المدروسة (1999- إلى الوقت الحاضر).

1 المخطط الإصير المدى: من 2000-2003.

لقد تم تحديد عدة نقاط أثناء هذه المرحلة، يمكن حصرها في المحاور الأساسية التالية¹:

- التشاور مع مختلف الفاعلين في قطاع الصحة بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الاتصال الاجتماعي، والخاصة بإشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحية، ودعم وتوطيد المشاركة في حل مشكل الصحة في الجزائر.
- مراجعة قانون رقم 85-05 الخاص بحماية وترقية الصحة.
- مراجعة الإتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان الاجتماعي على المرض وتعيين مدونة العقود الطبية والشبه الطبية.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي، بخصوص إصلاح الدراسات الطبية والشبه الطبية والطب المتخصص، والتحكم في منهاج التكوين من أجل الاستجابة للاحتياجات الوطنية.
- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية.
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية العمومية.
- إعداد دراسات موحدة حول القطاعات الصحية، بعد القيام بعملية تقييم درجة تغطية الإحتياجات الصحية، وتحديد طبيعة ومستوى مصادر التعبئة، وكذا تعيين المناطق ذات الأولوية.

¹-R.A.D.P,M.S.P,Développement du système nationale de santé :stratégie et perspectives, p40.

- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في قطاع الصحة، حتى يتم جذب واسترجاع المتخصصين المؤهلين في القطاع العام، وتشجيع الأطباء وشبه الطبيين على العمل في المناطق المعزولة والنائية.
 - إعادة تهيئة وتأهيل الهياكل الصحية وتجهيزها، والبداية تكون بالقطاعات الصحية من الدرجة الأولى والمناطق الأكثر حرمانا، وربط ذلك بعملية التنمية وتدعيم الأنشطة ذات الصبغة الطبية والصحية، كبناء هياكل إستشفائية جديدة.
 - وضع ميكانيزمات لتقييم الأنشطة في المؤسسات الصحية، وتعميم نظام الإعلام الآلي في التسيير.
 - إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة (أمراض السكري، أمراض الربو، أمراض القلب والشرابين، أمراض السرطان، والأمراض العقلية) وذلك بتفعيل برامج الوقاية من الأمراض.
 - تدعيم برامج النظافة في الوسط الإستشفائي.
 - إعداد وتوزيع المخططات والرسوم البيانية، والتي تبين مجموع الأمراض المتفشية عبر الوطن.
- 2 المخطط المتوسط المدى إلى غاية 2005:** ويتضمن هذا المخطط ما يلي¹:
- إختيار أسلوب العمل و الوسائل الواجب توفيره. من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
 - وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة، وتنظيم طرق التكفل بالمرضى.
 - تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية و التي تركز أكثر إستقلالية في التسيير.
 - تطبيق القواعد للوصول إلى تحقيق 45% على الأقل من الإحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
 - وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم إستعمال تكنولوجيايات الإعلام الآلي (تأسيس بنك للمعلومات على مستوى كل ولاية).
 - إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
 - تحديد ميكانيزمات المنح والموارد.

¹-ibid ,p41.

- لامركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية، ووضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.
- تقييم هذه الأعمال مع تحديد المعوقات و إقتراح التعديلات و البدائل .
- 3 المخطط الطويل المدى إلى غاية 2009 :** ويشمل المحاور التالية:
- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية عالية التخصص (الأمراض السرطانية، أمراض القلب، نقل الأعضاء ، الأمراض العصبية).
- تكييف بعض المصالح الصحية للوقاية،و التكفل بالأمراض المرتبطة بشيخوخة السكان.
- تقييم هذه الأنشطة و تحديد المعوقات و وضع الأولويات.
- تدعيم مخططات الحماية و الوقاية من أمراض الإيدز SIDA... إلخ¹.
- 4 مخططات التكميلية من 2010-2014²:**
- إنشاء وتهيئة المنشآت الصحية لضمان التغطية الصحية الشاملة .
- فتح برامج للاستكشاف والمعالجة ذات مستوى عالي.
- إنشاء الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء.
- إقامة المخطط خاص بالتوجيه القطاع و إعادة النظر في تنظيم المؤسسات الصحية العمومية.
- إعادة النظر في تأهيل الموارد البشرية و تأسيس الخدمة المدنية.
- إنشاء شهادة للدراسات متخصصة ودعوة إلى الشراكة في بعض الاختصاصات.
- إنشاء وكالة التسيير الانجازات والعتاد الطبي.
- إنشاء اللجنة الوطنية متعددة القطاعات للوقاية ومحاربة الأمراض غير المتنتقلة (MNT) .
- إنشاء مصالح جامعية جديدة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة.

¹-R.A.D.P,M.S.P,Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009, Alger, rnovembre 2004 ,p72.

²-MINISTERE DE LA SANTE , de la population et de la reforme hospitaliere ,Les Réformes en Santé Evolution et Perspectives, Alger – Décembre 2015.p31.

المطلب الثاني: مجالات إصلاح النظام الصحي.

لقد تم وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق، ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك، إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر، ومن أجل ترقية القطاع و الرفع من أداء المؤسسات الطبية و تحديثها لإستعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص.

كما عملت على تقوية تجهيزات المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الإستشفائية الجامعية وفتح أقطاب طبية جديدة، وتعزيز تدابير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الإستشفائي. وقامت السلطة السياسية في نفس الفترة بإجراءات تنظيمية تمثلت في:

أولاً: إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني.

لقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر 19 ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 140/07¹، يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات، علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العامين والمتخصصين وشبة الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهيكل الجديدة المرتقب تسليمها. ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى، و تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) (établissement public hospitalier) والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) (établissement public de santé de proximité) التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج. والجدول التالي يوضح هذا تطور.

¹ - ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007، ينص من إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها. الجريدة الرسمية، العدد 33 ، الصادر بتاريخ 03 جمادي الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007، ص9.

الجدول رقم(02) يوضح تطور الهياكل الصحية 2007 إلى 2010.

السنة	2007 ¹	2010 ²
المستشفيات العمومية	240	276
المستشفيات الخاصة بالأمومة	511	431
الهياكل العمومية للصحة الجوارية	/	271
العيادات المتعددة الخدمات	1477	1491
المراكز الصحية	338	/
قاعات العلاج	5117	5350
المؤسسات الإستشفائية الجامعية EHU	01	01
المراكز الإستشفائية الجامعية CHU	13	13
المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS	54	64

الجدول رقم(03) تطور عدد المستخدمين:

السنة	2007	2014 ³
عدد الأطباء	35368	47161
أطباء الأسنان	9553	/
الشبه الطبيين	69749	111154

المصدر: من إعداد الباحثة.

ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، فقد عملت الحكومة على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية الجنيسة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطيرة. علاوة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام

¹-République Algérienne Démocratique et Populaire,Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **statistiques sanitaires année 2007**,Alger,2008,p35.

²-Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **les réformes en santé evolution et perspectives**,Alger,décembre2015 .p44.

³-ibid.p47.

الموزعين الأجانب بالاستثمار محليا ومنع استيراد الأدوية التي يسمح للإنتاج المحلي بتغطيتها. أما فيما يخص القطاع الخاص، فقد شهد بعض التطور من خلال زيادة عدد قاعات العلاج، التي أصبحت تقوم بالعمليات الطبية الوقائية و الإستشفائية على حد سواء، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (04) الهياكل الصحية للقطاع الخاص:

السنة	2008 ¹	2015 ²	الهياكل الخاصة
	5621	8338	العيادات الطبية المتخصصة
	6202	6814	العيادات الطبية العامة
	4717	6115	عيادات طب الأسنان
	2357	9660	الصيدليات

المصدر : من إعداد الباحثة.

وتعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية و الجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا³.

وتتضمن هيكلية النظام الصحي في الجزائر ثلاثة مستويات أساسية هي:

1 المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في:

أ- الوزير : يقوم وزير بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال⁴:

-يضمن تمثيل القطاع في نشاطات المنظمات والهيئات الجهوية والدولية في ميادين الصحة.

-الاتصال مع المؤسسات الدولية وهيئتها والوزارات المعنية والتشاور مع الشركاء الاجتماعيين.

¹-خروبي بزاره عمر، المرجع السابق ذكره، ص52.

² -Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **les réformes en santé evolution et perspectives**, Alger, décembre 2015 .p15.

³-ج.د.ش. بموجب المرسوم التنفيذي رقم (11-380) المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

⁴- المرجع نفسه ، ص 05.

- تحديد الأولويات في مجال التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي.
- إعداد واقتراح تنظيم المنظومة الوطنية للصحة ولاسيما الخريطة الصحية.
- إعداد برامج الصحة الجوارية والعلاج الطبي في الهياكل الصحية.
- تحديد أنماط تكوين وتطوير الموارد البشرية المؤهلة لاجاز نشاطات القطاع خاصة الممارسين الطبيين والشبه طبيين.
- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها.
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض البوائية و تدابير الكشف المرتبطة بها.
- إعداد الإستراتيجية والسياسية الوطنية وتنفيذها وتقييمها في مجال حماية الصحة وترقيتها.
- اقتراح التدابير الضرورية للممارسة نشاطات وسير هياكل الصحة العمومية والخاصة وتنفيذها.
- يتولى تقييم احتياجات القطاع من الوسائل البشرية والمالية الضرورية ويتخذ التدابير الملائمة من اجل تلبيتها في إطار القوانين والتنظيمات المعمول بها.
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية¹:
- ب- **رئيس الهيوان** : يكلف مدير الديوان الذي يساعده ملحقون بالديوان وعددهم ثمانية (08)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في النشاطات الحكومية ومجال العلاقات العامة وتنظيمها، وفي متابعة الملفات المتعلقة بحماية الممتلكات والمبادرة بحملات التفتيش ومراقبة الحصائل للممتلكات العمومية وتلخيصها، ومتابعة ملفات البحث العلمي في الصحة وملف الشركاء الاجتماعيين.
- ج- **الأمين العام** : يشرف على الأمانة العامة وإدارتها، يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال ويقوم بالتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها

¹ - المرسوم التنفيذي رقم (11-380)، المرجع السابق، ص7.

وتقييمها وتوجيهها. وتشمل (10) مديريات مركزية لكل منها اختصاص معين وهي¹:

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة ، مديرية المصالح الصحية وإصلاح المستشفيات ، مديرية الموارد البشرية، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية الدراسات و التخطيط، مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون، مديرية المالية والوسائل، مديرية المنظومات المعلوماتية والإعلام الآلي، مديرية العامة للصيدلية والتجهيزات الصحية.

د- المفتشية العامة : يحدد تنظيمها وسيرها بمرسوم تنفيذي 90-188، حيث يشرف عليها ستة (08) مفتشين يقومون بالمهام التالية²:

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد.
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

2- المستوى الجهوي

من أجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج و احتياجات السكان وكذلك من أجل ضمان المساواة والعدالة بين الأفراد في الاستفادة من الخدمات الصحية أسست الجهوية للصحة سنة 1995، حيث يعتبر المرصد الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات مكلفة ب³:

- تدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بتحديد التوجهات الإستراتيجية.
 - اتخاذ القرار من خلال التخصيص الأمثل للموارد، كما يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية.
- وتوجد خمس (5) مناطق صحية في الوطن:

¹- المرسوم التنفيذي رقم (11-380)، المرجع السابق، ص8

²- بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990 .

³-Le ministère de la santé et de la population , **Rapport national sur le développement du système national de la santé** ,Alger , mai 2006 .

- ✓ منطقة الوسط :تضم 11 ولاية .
- ✓ منطقة الشرق :تضم 14 ولاية .
- ✓ منطقة الغرب :تضم 11 ولاية .
- ✓ جنوب شرق :تضم 7 ولايات .
- ✓ جنوب غرب :تضم 5 ولايات .

والجدير بالذكر أن المستوى الجهوى يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية للمنطقة.¹

3- على المستوى الولائي

1- مديريات الصحة:

في كل ولاية من ولايات الجزائر (48 ولاية) نجد ما يعرف ب مديرية الصحة والسكان والتي تم تأسيسها بمقتضى المرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 وتتمثل مهامها أساسا في:

- ✓ جمع و تحليل المعلومة الصحية .
- ✓ وضع حيز التنفيذ البرامج القطاعية للنشاط الصحي .
- ✓ التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية .
- ✓ مراقبة هياكل القطاع الخاص .

ويكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها،بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين(النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال

¹- المراسيم التنفيذية رقم 97-465-466-467 المؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ،المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية.

بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم. كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية .

ب-المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974¹، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي². بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية. وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي.
- الميدان التكويني.
- ميدان الدراسة والبحث.

ج-المراكز الاستشفائية المتخصصة: لقد تم إنشائها بناء على المرسوم رقم 81-243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 والمتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة حيث وصل عددها إلى 25

¹ - بموجب قانون رقم (74-100) الصادرة في 13 جوان 1974.

² - المرسوم التنفيذي رقم (07-467) المؤرخ في 12/12/1997، المتضمن اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.

مؤسسة. إذن فالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية الاستقلال المالي، أنشأت هذه المراكز الاستشفائية المتخصصة بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة والسكان وهذا بعد استشارة الوالي، والمهام التي أوكلت إليها فهي¹:

- ✓ تقوم بتطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة .
- ✓ المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة .
- ✓ استخدامها كميدان لتكوين الشبه طبي و التسيير الاستشفائي.

3- على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة²، ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية. وللد من الضغط على المراكز الاستشفائية و تطبيقا لسلمية العلاج (soins des hiérarchisation) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (sous secteur sanitaire) المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة . وهي تتكون على الترتيب من:

أ - عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique) : مهمتها

- ✓ تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة.
- ✓ الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية.
- ✓ تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

¹-المرسوم التنفيذي رقم (81-243) المؤرخ في 5 سبتمبر 1981م، المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

²-المنشأة الاستشفائية المتخصصة :هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين . مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال...

ب-المركز الصحي (Centre de santé) : ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج-قاعة العلاج (salle de soin): والتي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 1 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

-المؤسسات العمومية الاستشفائية (Etablissement Publics Hospitalier (EPH)

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (Etablissements publics de santé de proximité

(EPSP) وتشمل المراكز الصحية "Centres de santé" التي تحول بدورها إلى عيادات متعددة

الخدمات "Polycliniques"، أو إلى قاعات للعلاج "salles de soin" حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة

عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي،

وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة

أو مجموعة بلديات. وتحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف

بالصحة. وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل

بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى المهام التالية:

• ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

• تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

• ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

• ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في

التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) لها نفس تعريف المؤسسة

¹ - ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007، يتضمن

إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

العمومية الاستشفائية (EPH)، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج وتحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة¹.

أما مهامها حسب المادة (8) من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوّاري.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

إن التنظيم الصحي الجديد قد أتى على المكتسبات التي حققها النظام الصحي، خاصة في مجال التكفل الشامل بالمسار العلاجي للمرضى، فبعدما كان المريض يستفيد من مسار علاجي مستمر لا يوجد فيه انقطاع في مرحلة من مراحله بحكم أن الإمكانيات البشرية والمادية المتوافرة في المستشفى أو العيادات المتعددة الاختصاصات أو المراكز الصحية توجد تحت وصاية إدارة واحدة، وهناك سهولة في انتقال الأطباء والمرضى من مصلحة إلى أخرى حسب احتياجات المرضى أو احتياجات المصالح التي قد تعاني من اختلال في توزيع الأطباء والعمال يمكن إصلاحه بأمر من الإدارة الموحدة. أضحي المريض في ظل النظام الصحي الجديد أي بعد الإصلاح - ضائع بين مصالح وإدارات مختلفة، وقد تصبح حالة المريض الحرجة محل تنازع بين المؤسساتين، فكل مؤسسة تبحث عن مصلحتها، بالإضافة إلى انعدام التنسيق بين المصالح التي تعد ظاهرة ليست بالجديدة، فقد عانى منها المرضى في المدن التي يتواجد بها مراكز استشفائية جامعية.

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المرجع السابق، ص11.

ومن جهة أخرى، زاد هذا الإصلاح في تجزؤ النظام الصحي الذي كان يعاني من غياب للتنسيق بين القطاع العام والخاص، وجعله أكثر تشتتاً من ذي قبل. إضافة إلى أن المؤسسات الاستشفائية أخذت حصة الأسد من الأطباء والمسيرين ذوي الخبرة، مما أدى إلى تفاقم مشكلة ضعف التسيير لدى المؤسسات الجوارية وهذا دليل على غياب الرؤية لدى واضعي السياسة الصحية في الجزائر.

ثانياً: النظام التعاقدى كأسلوب لإصلاح تمويل النظام الصحي:

قبل التطرق إلى التعريف بالنظام التعاقدى كأساس لتمويل النظام الصحي في الجزائر، سنحاول التعرف على المراحل التي مر بها نظام التمويل في قطاع الصحة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، والتعرف على مصادر وطرق التمويل التي اتخذتها السلطات العمومية في سبيل ترقية الصحة العمومية والتكفل بصحة السكان.

❖ مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيراً، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فان الخصائص المحددة لها وطبيعية إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، والتكاليف المرتبطة بها تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمراً غير مرغوب فيه. و سواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية، أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي، فالحكومة تتدخل كثيراً في تنظيم تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة¹.

أما بالنسبة للجزائر فيعرف النظام الصحي محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والنتائج أساساً عن التحولات الديموغرافية و المرضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نمواً وتنوعاً بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات، ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحاً في طلب العلاج وتحسين نوعيته. و خلاصة القول أن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة معايير

¹ - طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر، الزقازيق، مكتبة القدس للنشر، الطبعة الثانية، سنة 1999، ص 346.

أساسية و هي:

✓ مساهمة الدولة.

✓ الضمان الاجتماعي.

✓ الأسرة.

1 مساهمة العائلات

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة، فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية ولا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء أضف إلى ذلك زيادة الأسعار المدونة فهناك من العائلات غير مؤمنة، وبالتالي هي مجبرة على تحمل النفقة كليا، والبعض الآخر منهم لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي، كما توجد ظاهرة أخرى وهي تخصص التداوي من دون اللجوء للطبيب من خلال شراء الأدوية من دون وصفة طبية. وهذا ما أدى إلى زيادة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر، وقد سجلت هذه الأخيرة مستوى قياسي في فترة الأزمة الاقتصادية، والصعوبات المالية، التي عرفت الجزائر في التسعينيات. بحيث وصلت إلى حدود 29% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 1990م خاصة خلال السنوات الأخيرة أين وصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي إلى 28,1 سنة 1999 و 25,2% سنة 2005 و 24,7% سنة 2006¹.

2 مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي: يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان

الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليه نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كمول رئيسي² ولقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر في سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العمال ،

¹-Brahmia Brahim. **quelle alternative de financement de l'assurance Maladie dans la transition sanitaire en Algérie**, communication ressentie au Coures du séminaire pour le financement de l'assurance maladie ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale Alger, 2008, p 37 .

²-كيفاني شهيدة، التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية و التجارية، فرع تحليل اقتصادي، جامعة تلمسان، 2006-2007، ص173.

حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا وذويهم (العمال، الأجراء، الموظفين وغيرهم) من خلال نمط التأمين على المرض والذي يعتمد على سعر اليوم الاستشفائي الذي كان يحدد سنويا بـ30% من النفقات الإجمالية لهيئات الصحية العمومية¹.

ولقد عرف نظام الضمان الاجتماعي إبان الاستقلال فائض مالي يعود إلى عدة عوامل.

✓ الحفاظ على التعريف الضعيف لتسديد النشاطات الطبية التي كانت تتم في القطاع الخاص
فعدم احترام التسعيرة من طرف الأطباء ترك الأفراد يدفعون نفقات تفوق ما يتم تسديده من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (فهذا الأخير كان يسدد 80% فقط من قيمة المدونة).

✓ عدم قدرة المستشفيات على تقديم فواتير النفقات الطبية التي يتحملها الضمان الاجتماعي.

✓ ضمان حق المؤمن يستلزم جملة من الإجراءات و نظرا للمستوى التعليمي الضعيف الذي كان سائدا آنذاك، فعدد قليل من العمال كانوا يستفيدون من تسديدات الضمان الاجتماعي.

ورغم الصعوبات التي مر بها الضمان الاجتماعي في الستينيات² وإلى غاية إستحداث السلطات العمومية لمجانية العلاج في القطاع العمومي سنة 1974، والذي كان من بين آثاره اعتماد نظام التمويل الاستشفائي الجزافي بالنسبة للمؤسسات الصحية، مما أدى إلى تغيير طبيعة العلاقة السائدة بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية. وقد تزامن إنشاء هذا النظام مع توسع القاعدة الاجتماعية والمالية للضمان الاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنين اجتماعيا من 1208854 مؤمن سنة 1973 إلى 3000000 مؤمن سنة 1984 أي بزيادة سنوية بمعدل 20%، وعليه فقد تطور فائض الصندوق من 25 مليون دج إلى 1493 مليون دج سنة 1980. وبالتالي فقد تأكدت مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية يوما بعد يوم، فبعدها كانت مساهمته لا تتعدى 23,5% في

¹-صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، تقرير تريض، كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير فرع اقتصاد دولي، جامعة الجزائر 2003-2004، ص05.

²-زميت خوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير، جامعة الجزائر 1999-2000، ص121.

قطاع الصحة لسنة 1974 أصبحت تفوق 40%، حيث وصلت سنة 1983 إلى 49% وفي 1989 إلى 60%. للعلم فإن هذه المساهمة بدأت في التناقص جراء العجز الذي شهده في بداية التسعينيات، بسبب تسريح العمال وغلق بعض المؤسسات، و بالتالي تقلص عدد الأجراء، الذين يعتبرون الممول الرئيسي للضمان الإجتماعي¹، حيث بلغت نسبة مساهمته بـ 36,6% سنة 1993م إلى أن بلغت 14,88% سنة 2011م، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم(05) مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحي بالجزائر

السنة	1993	1997	1996	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
نسبة مساهمة ص.و.ض.ا.	39,6	39,4	33,59	34,23	34,13	27,90	21,84	17,79	16,86	14,88
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

ص.و.ض.ا.:صندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

المصدر:زيدان سناء إدارة ومالية المؤسسة الاستشفائية:مشروع ميزانية الدولة 2005 إلى غاية 2011.

وتعرف صناديق التأمين في الجزائر (الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء) صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع، وصل إلى حدود 13,8% في سنة 2007، إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم. كل ذلك له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر، في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، وانخفاض في العائدات، مقابل الارتفاع في النفقات.

ففيما يتعلق بتعويض الأدوية، فقد بلغت في سنة 2007 نسبة 45,7% من إجم.الي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بعد أن كانت تقدر بنسبة 33% في سنة 2000. أما الاستهلاك السنوي لكل مستفيد من نظام التأمين على المرض، فقد تضاعف 03 مرات خلال 07 سنوات، لينتقل من حيث القيمة من 1036 إلى 3243 دينار جزائري بين سنتي 2000 و 2007، جعلت هذه الوضعية الجزائر تتبنى جملة من الإجراءات الهادفة إلى تخفيض فاتورة الدواء من خلال منع استيراد الأدوية

¹زيدان سناء، إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة الجزائر، 2001-2002، ص171.

المنتجة محليا، وتشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنيسة التي لا تشكل سوى 30% من إجمالي الأدوية المدونة في الوصفات الطبية.

لقد عرفت النفقات الصحية لنظام الضمان الاجتماعي، نمو متسارعا في السنوات الأخيرة، هذه النفقات تأتي بالأساس من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS) بواقع 96,5% من القيمة الإجمالية في سنة 2004، مقابل 3,5% للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS) وبالنظر للمؤشرات الحالية، فإن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة، لن تعرف على المدى المتوسط، نفس وتيرة النمو التي عرفت في السنوات الأخيرة، فنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر الذي بقي يرفع بصفة جزافية إلى غاية السنة الحالية، رغم التوصيات والقرارات المتخذة بشأن دفعها على أسس تعاقدية، مطالب بمواجهة جملة من التحديات، تكمن أساسا فيما يلي¹:

- التهرب من دفع الاشتراكات الاجتماعية، هي ظاهرة متكررة في الجزائر، وتتعلق خاصة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، كما أن ضعف مستويات التصريح تفسر عدم قدرة هذا الصندوق على الوفاء بالتزاماته في تمويل المستشفيات، نتيجة لضياع ملايين الدينارات من موارده المالية. كما أن هذا التهرب من شأنه خلق مشاكل إضافية فيما يتعلق بمسألة الإنصاف، على اعتبار أن الذين لا يسددون اشتراكاتهم، يتلقون العلاج، على الأقل في الوحدات الصحية مثل المشتركين، وفي نفس الظروف.
- ظاهرة البطالة، التي تطرقنا إليها، لها تأثير سلبي كبير على الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.
- نظام المعاشات العمومي، يشكو دائما من عجز مالي، منذ بداية التسعينيات، والسبب يكمن في أن الاشتراكات المقدمة، لا تساير وتيرة الخدمات المقدمة، وفي ظل نسب الإعاقة المرتفعة.
- إن نسبة الاشتراكات التي تمثل 34,5% هي معتبرة، ومن الصعب التفكير في زيادتها، دون التأثير

¹ - كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق،، واشنطن، صندوق النقد الدولي، 2004، ص 42 .

على مستويات التشغيل، ومستويات البطالة المرتفعة. كما قد يكون لذلك آثار سلبية على الاقتصاد الجزائري، في ظل سياسة الانفتاح المنتهجة، وآفاق الانضمام لمنظمة التجارة العالمية. أما الإصلاح الجديد على مستوى الضمان الاجتماعي فيتمثل في مشروع تعويض الأدوية من قبل المؤمنين عن طريق البطاقة الإلكترونية (شفاء)، والذي دخل حيز التطبيق ابتداء من شهر أبريل 2007م، حيث يمكن الاطلاع على المعلومات الشخصية التي تحتويها البطاقة الإلكترونية قبل القيام بإجراء التعويض عن طريق مفتاح خاص بكل بطاقة، وهي نوعان: البطاقة العائلية الخاصة بالمؤمن، والبطاقة الشخصية الخاصة بالمؤمنين المصابين بأمراض مزمنة.

3 مساهمة الدولة.

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة والجماعات المحلية، حيث كانت تقدر بـ60% من مجموع النفقات الصحية، إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني في سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الاستشفائية فإن مساهمة الدولة أصبحت تحدد بصفة جزافية، ونشير على أن الجماعات المحلية التي كانت تساهم بنسبة 5% أعفيت من التمويل ابتداء من سنة 1980 وهو ما يعني خسارة أحد موارد التمويل، وبالتالي فمساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال هذه الفترة قد أصبحت تقارب نسبة 76,5%.

تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال السنوات الأولى لمجانية العلاج جد مهمة ولكن بدأت في التناقص خلال الفترة ما بين 1979-1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت في الظهور منذ منتصف الثمانيات و كذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات والمؤسسات الدولية، كل هذه الأمور شكلت عائق أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي حيث انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20% سنة 1989. ونشير أن هذا التناقص في إعانات الدولة لم يدم طويلا حيث لوحظ إعادة ازدياد في نسبة المساهمة ابتداء من سنة 1993 إلى 59% وبلغت ثلاثة أرباع النفقات في سنة 2005 (أي بنسبة بلغت حدود 75,3%)، والذي تأكد خلال العشرية الأخيرة أين تراوحت نسبة مساهمة الدولة في قطاع الصحة سنة 2011م

إلى 83,21%¹ ولعل ذلك مرده للعجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي، كما ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد ، وتلعب النفقات العمومية دورا كبيرا في مجال التمويل الصحي في الجزائر والجدول (06) يوضح ذلك.

الجدول رقم (06):مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.

السنة	نسبة مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة
1993	59 %
1997	60,6 %
2005	75,3 %
2007	71,34 %
2008	77,98 %
2011	83,21 %

المصدر: زيدان سناء إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، مشروع ميزانية الدولة 2005-2011

من خلال تعرضنا لمقارنة إعمادات التسيير للقطاع، وفي ما بين الدوائر الوزارية الأخرى خلال السنوات من 1999 إلى 2016، نلاحظ مدى الأهمية التي يحظى بها هذا القطاع، ففي سنة 1999 قدر الإعتامد المخصص للقطاع من ميزانية التسيير (ألف دج) بـ 31.621.985.000 من إعتامد التسيير الإجمالي الفرعي والذي أصبح يمثل في سنة 2015 بـ 381 972 062 000 دج وفي سنة 2016 (379.400.000.000) من اعتماد التسيير الإجمالي الفرعي، وهي زيادة معتبرة تجعلها تحتل المرتبة الخامسة في ترتيب الإعمادات حسب الدوائر الوزارية، و جدول رقم (07) يبين القيمة المالية المخصصة لقطاع الصحة حسب الميزانية العامة المدرجة في قانون المالية من 1999 إلى 2015.

¹-المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 1993/12/29، المتضمن لمدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية.

جدول رقم (07) يبين القيمة المالية المخصصة لقطاع الصحة حسب الميزانية العامة المدرجة في قانون المالية من 1999 إلى 2015.

السنوات	الاعتماد المالي لقطاع الصحة بالدينار الجزائري
1999	31.621.985.000
2002	49.117.107.000
2005	63 282 262 000
2007	110 263 858 000
2008	143 966 628 000
2010	195 011 838 000
2013	306 925 642 000
2015	381 972 062 000
2016	379 400 000 000

Resource:ministere de la sante , DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE ,Les Réformes en Santé Evolution et Perspectives, Alger – Décembre 2015, p41.

❖ الجوانب الايجابية والسلبية لنظام التمويل الصحة في الجزائر.

لكن بالرغم من التطور السريع الذي حققه قطاع الصحة في الوقت الراهن، إلا انه تبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة ، و على هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الايجابية وكذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع¹ .

➤ ايجابيات نظام تمويل الصحة

✓ إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بنظام متكاملة الجوانب.

¹-علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ،جامعة بسكرة ، 2004 ، ص85 .

✓ كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كممول رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في إطار التضامن الوطني و بالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي ، وهذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط و التنظيم لمختلف البرامج.

✓ كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع، وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

➤ سلبيات نظام التمويل الصحة

✓ ان ميزانية القطاع الصحي المرتبطة بتمويل الدولة لها تأثير سلبي على نظام الصحي والخدمات التي يقدمها، ومثال ذلك الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 4,1% من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتتقلص إلى 3,5% لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية (الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية).

✓ يضاف إلى هذا ارتفاع في ديون قطاع الصحة والتي وصلت إلى 11,7 مليار دينار جزائري لسنة 2004 ومما لاشك فيه أن هذه الديون سوف تتعكس سلبا على الأداء الحسن للهياكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج المقدم.

❖ النظام التعاقدى كاسلوب بديل لتمويل النظام الصحي في الجزائر¹:

نظرا للمشاكل التي تعرض لها النظام الصحي الجزائري، من حيث التنظيم والتسيير عمدت السلطات العمومية إلى تحسين طرق تمويل النظام الصحي من خلال إستبدال نظام التمويل القديم، وهو ما يسمى بنظام التمويل الجزافي الذي يتميز بنفقات غير منسجمة، بنظام تمويل جديد وهو ما يسمى بنظام التعاقد الذي يربط المؤسسة الصحية والاطراف المساهمة، ويتم على أساسه تمويل الخدمات الصحية في الجزائر، والذي تقرر بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادي

¹ - القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادي الثانية لعام 1412 والموافق ل18 ديسمبر 1991م، المتضمن قانون المالية.

الثانية لعام 1412 والموافق ل18 ديسمبر 1991م، المتضمن قانون المالية وقد جاء في المادة 175 منه « يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الإجتماعي ووزارة الصحة، وتحدد كلياته عن طريق التنظيم »، ونظم قانون المالية لسنة 1992 مساهمة مؤسسات الضمان الإجتماعي لميزانية التسيير الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة، حيث يجب أن تكون على أساس تعاقدية، بينما تبقى نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي على عاتق ميزانية الدولة، بالإضافة إلى تمويل علاج المعوزين المستفيدين من مجانية العلاج.

وهذا النهج يهدف إلى إعادة ترتيب كليات تمويل وتسيير الهياكل الصحية العمومية، من أجل ترشيد التكلفة وتحسين خدمات العلاج، وإقامة التوازن بين الإرتفاع المفرط للنفقات الوطنية على الصحة من جهة والنمو الحاصل على مستوى الإنتاج المحلي الخام، وهو ما يعني إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزائري.

وقبل التطرق لنظام التعاقد كأسلوب لإصلاح تمويل النظام الصحي ، نتناول تعريف التعاقد والأطراف المكونة للعملية التعاقدية، بالإضافة إلى الأسس القانونية للتعاقد.

1 تعريف التعاقد:

❖ **تعريف التعاقد حسب المنظمة العالمية للصحة:** هو تعهد أو عقد يشكل اتفاقاً بين متعاملين إقتصاديين أو أكثر، بواسطته يلتزمان بالتخلي أو بالتملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء، فالتعاقد هنا هو إرتباط إرادي لشركاء مستقلين¹. أما مفهوم التعاقد من زاوية النهج التعاقدية²: فهو يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليها بأداء خدمة، أو بذل عناية مقابل تعويض مالي، يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها.

❖ **أطراف العملية التعاقدية:** لأداء الخدمة الصحية يلتزم توافر الأطراف التالية:

➤ **صاحب الخدمة:** هو الطرف المنتج للخدمة الصحية، والمتمثل في المؤسسات العمومية للصحة،

¹- د. العلواني عدلية، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، الجزائر، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، 2014، ص14.

²- بلقاسم حلوان، النهج التعاقدية كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة المسير، عدد خاص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998، ص12.

بما فيها المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات الإستشفائية العمومية والمتخصصة.

➤ **الممول:** وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تكون الدولة طرفا حينما يتعلق الأمر بمرضى عديمي الدخل وغير المؤمنين اجتماعيا، وأيضا فيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية و البحث العلمي.

أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، كما يمكن أن يكون الممول الأفراد الذين لا ينتمون للفئة التي تقوم الدولة بتمويل تكاليفها، ولا صناديق الضمان الاجتماعي، أي الفئة التي تكون متاحة الدخل و غير مؤمنة اجتماعيا.

➤ **المستهلك:** هم المرضى أو زبائن قطاع الصحة بالمفهوم الإقتصادي.

❖ **الأسس القانونية للتعاقد¹:** وهي تتمثل في عنصر التراضي بين أطراف العقد، وكذلك عنصر محل العقد الذي يبين إلتزامات كل طرف ببند العقد.

ومما لا شك فيه أن صحة العقود بمختلف أنواعها تتركز على ركنين هامين:

أولهما: مبدأ سلطان الإرادة، **وثانيهما:** مبدأ الرضائية، هذا الأخير لا يمكنه أن يكون مجرد من حرية إختيار الطرف الآخر، بمعنى أن العقود الصحيحة لا يمكن إبرامها إلا في جو تنافسي يمكن بفضل أطراف العقد الإختيار ما بين مختلف العروض المطروحة.

وفيما يتعلق بالعلاقة التعاقدية القائمة في النظام الصحي، نجد أصولها مستمدة من مبدأ هام من مبادئ القانون الإداري، وهو " إمتيازات السلطة العمومية "التي تمثل الدولة ركيزتها الأساسية، الأمر الذي يؤدي بنا إلى القول أننا أمام عقد إذعان، أين تفرض فيه الدولة جميع شروطها مع تهميش مبدأي التفاوض والإختيار. والعنصر الأخير هو السبب والدافع الذي دفع المتعاقد إلى إبرام العقد، ويشترط فيه أن يكون مشروعاً. فللسبب الدافع بالنسبة للممول هو ضبط الأموال على أساس البيانات التي تقدمها المؤسسات الصحية، أي دفع التكاليف الحقيقية لما تم تقديمه فعلا من خدمات صحية. أما بالنسبة للمؤسسات الصحية فيمكن الدافع في تحديد الممول الذي يجب عليه دفع فلتورة العلاج،

¹- علي علي سليمان، النظرية العامة للإلتزام: مصادر الإلتزام في القانون المدني الجزائري، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1992، ص 27.

وهذا قصد تحقيق أهداف تسييرية و إقتصادية في الوقت نفسه.

1 أهداف التعاقد في مجال تمويل النظام الصحي :

يعتبر التعاقد نمطا جديداً في تمويل النظام الصحي، بحيث يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية هذا القطاع، ويمكن حصر هذه الأهداف في النقاط التالية:

• **التحكم في النفقات:** أي تحقيق الأهداف المسطرة بأقل تكلفة ممكنة، و يسمح هذا بالوصول

إلى ما يلي:

-الدقة في التمويل.

-إمكانية وضع نسب أو معدلات للنفقات.

-حرية المبادرة و المنافسة.

فالنهج التعاقدى يتيح للنظام الصحي التحكم في نفقاته عن طريق:

-تشخيص التكاليف.

-عقلانية الإنفاق، حيث المؤسسة الصحية مطالبة بالإنقال من منطق البحث عن الموارد إلى

منطق البحث عن النتائج، ونظام التعاقد بين النظام الصحى ومموليه هو وسيلة لتحقيق ذلك¹.

-إستعمال المؤشرات الصحية.

-التسيير العقلاني للموارد البشرية².

• **تحسين نوعية العلاج:** وذلك من خلال ما يلي:

-الإهتمام بسلوكيات المجاملة و حسن الإستقبال و التوجيه.

-بذل مجهود في الإتصال مع المرضى وشرح وضعيتهم من أجل إسهامهم في المهمة النبيلة

التي يقوم بها المستشفى.

¹-ذهبية صيفي،"النهج التعاقدى كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري"مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في مناخمنت المنظمات الصحية،المدرسة الوطنية للصحة العمومية،جوان 2005 ، ص46 .

²-أبو بكر الصديق عيساوي،"النهج التعاقدى كنمط جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحة."مذكرة تريض السنة الثالثة، تخصص إدارة الصحة،المدرسة الوطنية للإدارة ، 2005 ، ص32 .

- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكاليف ممكنة، قصد الحفاظ على النجاعة، و ذلك بالتركيز على الجانب النوعي و ليس على الجانب الكمي.

-إعادة ربط العلاقات مع المحيط و المجتمع من أجل الإقناع و كسب ثقة الزبون.

- تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية مع ممولائها: وهذا عكس نظام الدفع الجزافي الذي يتميز بغموض، وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومموليها.
- التحكم في النظام الصحي: إعادة هيكلة النظام الصحي يقود بالضرورة إلى الأخذ بعين الاعتبار مكانة الهياكل الصحية سواء كانت عمومية أو خاصة، وتحديد مهامها، فالتعاقد يسمح للدولة بتحديث النظام الصحي، ويقضي على كل الحواجز التي أقيمت منذ مدة بين القطاع العام والقطاع الخاص في ميدان الصحة، وهذا بإدماج القطاع الخاص في النظام الصحي.
- احترام مبدأ تدرج العلاج: من خلال عرض العلاج و التخصص في تقديم العلاج من الدرجة الأولى و الثانية و الدرجة الثالثة¹.

إن إصلاح نظام الصحة الجزائري كان الدافع الأساسي لإعتماد النمط التعاقدى كأسلوب جديد

لتمويل الصحة العمومية لما له من قدرة على ترشيد النفقات والتحكم في تكاليف المؤسسة الصحية.

إلا أنه ورغم المراسيم المتلاحقة والمحددة لطرق وصيغ تطبيق التعاقد في الجزائر لم يتم تجسيده على أرض الواقع وعرقلت مسار تطبيقه لأسباب عديدة منها²:

1- بقاء النظام الصحي يتعامل بالنهج القديم أي نظام الدفع الجزافي الذي يتميز بالغموض في طريقة تسيير موارده، سواء في علاقة صناديق الضمان الإجتماعي مع المؤسسات الصحية، أو في علاقته مع المؤمنين على المرض.

2 عدم الوصول إلى الصيغة النهائية والمتعلقة بمدونة الأداءات ومدونة الأسعار.

3 للمركزية العالية في تسيير المؤسسات الصحية مما أدى إلى ظهور بيروقراطية أكثر سلبية.

¹ - نفس المرجع السابق، ص40.

² - مقابلة مع راشد طاهر رئيس مكتب العلاج القاعدي والطبيب مفتش اسماعيل الجلاي لدى المديرية الصحة والسكان بولاية سعيدة، يوم 2016/4/5.

4 عدم وضوح السلطات بين مختلف الفاعلين الأساسيين للنظام الصحي، مما طرح إشكالية السلطة داخل المنظمة الصحية ذاتها.

5 غياب الرؤية والإرادة السياسية للقيام بإصلاح النظام الصحي.

6- الطرق الغامضة وغير مفهومة التي يسير بها قطاع الضمان الإجتماعي.

إذن هذا النهج التعاقدية الذي شرع السلطات العمومية في تجريبه بداية من سنة 1997، للوصول إلى النتائج المرجوة التي سوف تطبق بحلول سنة 2000م، ولكن دراستنا لم تتوصل إلى هذه النتائج وغايها منها ونحن في سنة 2015 ، ويعود ذلك إلى الأسباب التي سبق ذكرها سابقا.

ثالثا: الإجراءات الإصلاحية الناتجة عن تفتيش ومسح للمؤسسات الصحية لسنة 2013¹.

لقد عكفت وزارة الصحة في إطار الإصلاح منذ بداية سنة 2013 على عملية تفتيش ومسح دقيق شملت كل مؤسسات الاستشفائية والمرافق الصحية الجوارية عبر أرجاء التراب الوطني بهدف حصر كل الاختلالات والنقائص التي يعاني منها القطاع الصحي، والتي لطالما كانت مصدر عدم رضى المواطنين والسلطات العمومية ومهني الصحة على السواء، هذا التفتيش أدي إلى تقييم الرهانات وضبط خطة إستراتيجية للنهوض بقطاع الصحة واكتشاف مواطن الخلل في النظام الصحي وخلص إلى عدة مشاكل في التسيير والتنظيم، التخطيط، التشغيل، الاتصال والإعلام، ومشاكل التأخير التشريعي والقانوني مثل: الندرة غير المبررة للأدوية والمواد الصيدلانية، والمديونية الكبيرة للمؤسسات للصحية رغم وجود الأموال، الآلات الطبية عاطلة في اغلب الحالات لعدم الصيانة، وعدم تطبيق القوانين الخاصة ونظام التعويضات لمختلف الأسلاك رغم إقرار هذه التعويضات والتي كانت أصل الاضطرابات الاجتماعية، كما أن أغلبية المسؤولين الإداريين لسلك الطبي وشبه الطبي تم تعيينهم بالوكالة والذين يؤثرون سلبا على السير الحسن للمؤسسات الصحية، والنسبة الضئيلة في تنفيذ برامج الاستثمار، عدم تنصيب اللجان المتساوية الأعضاء. ومن اجل تدارك هذه النقائص والاختلالات دفع الوزارة لاتخاذ عدة إجراءات وتدابير لإصلاح النظام الصحي وانتهاج عدة خطط

¹-Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **les réformes en santé evolution et perspective**, p74.

وبرامج للنهوض بالنظام الصحي نذكر منها¹ :

- ✓ اعتماد ما يسمى " بخريطة طريق " :شملت إعادة تنظيم الاستعدادات وتدعيمها بالوسائل المادية والبشرية، ووضع آليات ضرورية لتحسين الاستقبال والتوجيه، وضمان الحضور الفعلي والمتواصل للفرق الطبية وشبه الطبية والتقنية والإدارية على مستوى مصالح الاستعدادات ونقاط المناوبة، وتدعيم الاستعدادات بالتجهيزات الضرورية الخاصة بالكشف بالأشعة والمخبر. كما شملت ضمان وفرة دائمة لجميع الأدوية والمستهلكات الطبية .
- ✓ برامج تكوين وتممين الموارد البشرية: نظرا لأهمية العنصر البشري في إنجاح عملية الإصلاحات، شرعت الوزارة في تسطير برنامج مكثف يشتمل تكوين ما يزيد عن 150000 مساعد في التمريض لضمان سير مرافق الصحة الجوارية، والبدء في تكوين أطباء عاملين لمدة سنتين في عدة تخصصات طبية، وتكوين التقنيين في صيانة الأجهزة الطبية، وتكوين الأطباء العاملين في مجال المعالجة الكيماوية لمكافحة السرطان، وفتح مصالح ووحدات للعلاج الكيماوي لأورام السرطان على مستوى كل ولايات الوطن وتأهيلها بالمستخدمين المؤهلين.
- ✓ اتفاقيات التوأمة بين مستشفيات الشمال والمؤسسات الصحية في الجنوب : تهدف هذه الاتفاقيات إلى تحقيق التعاون والتضامن والتنسيق بين المستشفيات عن طريق تنقل الأطباء المختصين بمستشفيات الشمال نحو الجنوب لتبادل الخبرات وتمكين أطباء الجنوب من اكتساب تقنيات العلاج لمختلف الأمراض وخصوصا في مجال الجراحة.
- ✓ إحداث إطار تشريعي وتنظيمي جديد يتماشى والتحول الاقتصادي والاجتماعية: سعت الحكومة إلى إعادة رسم النظام الصحي في الجزائر لإصلاحه، وتم إصدار القانون رقم 07، 0115 يناير ويتضمن ما يلي²:

¹-ibid, p83-94.

²-فوزية نصري، المرجع السابق ذكره، ص112.

- تحديد توظيف الممارسين المختصين من طرف المؤسسات والتي تتولى توظيفهم حسب التنظيم المعمول به، على أن يتم إلزام هؤلاء بالعمل لمدة ثلاث سنوات قبل تقديم أي طلب استقالة أو تحويل.
- تنصيب وكالة وطنية تتكفل بمهمة تسيير ومراقبة عمليات نزع الأعضاء وزرعها وتقنين نزع الأعضاء من الموتى ومنع المتاجرة بهم.
- الدفع بلجنة مراقبة أداء المؤسسات الصحية إلى الواجهة وإخضاع مستوردي الأدوية للرقابة.

خلاصة الفصل

إن ما يمكن استخلاصه من هذا الفصل أن النظام الصحي في الجزائر مر بعدة مراحل أساسية منذ الاستقلال إلى 1999م، وكل مرحلة تميزت بظروف وخصائص سياسية واقتصادية واجتماعية، مما نتج عنه مجموعة من اختلالات في مجالات عدة كالتسيير والتنظيم والإعلام والتكوين، بالإضافة إلى اختلالات متعلقة بتمويله ، وكذا ضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. أثرت على مستوى أداء مؤسسات النظام الصحي ونشاطاتها ومردوديته التي تراجعت بشكل كبير، مما أدى بالسلطات

الجزائرية إلى تبني جملة من الإصلاحات الهادفة لنهوض بالنظام الصحي وتطوير أداءه من خلال مشروع الإصلاح ومخططات (قصيرة المدى ومتوسط المدى وطويلة المدى، ثم مكملة) وتقريب الهياكل الصحية العمومية من السكان، في إطار إعادة هيكلته وخلق ما يعرف بمؤسسات الصحة الجوارية ما ساهم في تكريس التوازن الجهوي والمناطقي، وشكلت قضية تمويل النظام الصحي محورا هاما في الإصلاحات المنتهجة من طرف الدولة، والتي تهدف إلى ترشيد النفقات في مجال الصحة من خلال تبني النهج التعاقدية الذي يهدف إلى التحكم في نفقات التأمين على المرض، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة، ومستويات الحصول عليها، وتخفيض تكاليف التسيير، كما انتهاج الوزارة لأسلوب التفتيش والمسح لإصلاح المؤسسات الصحية سنة 2013 عن طريق اكتشاف النقائص واعتماد خريطة طريق لإعادة تنظيم الاستعجالات وتدعيمها بالوسائل المادية والبشرية لتقديم خدمات العلاج، وخلق نوع من التسلسلية في طلب الخدمات الصحية، واتفاقيات التوأمة بين المستشفيات الشمال والمؤسسات الصحية في الجنوب لتحقيق التعاون والتضامن والتنسيق بين المستشفيات، وكذلك احدث إطار تشريعي وتنظيمي جديد يماشى والتحولات الاقتصادية والاجتماعية، واعتماد برامج تكوين وتمكين الموارد البشرية نظرا لأهمية العنصر البشري في إنجاح عملية الإصلاحات.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية للمؤسسة

العمومية للصحة الجوارية

بالحساسنة

تمهيد :

بعدها تعرفنا على الإطار النظري ومتغيرات الدراسة في الفصل الأول، وكذا إصلاح النظام الصحي في الجزائر ضمن الفصل الثاني ، جاء الفصل الثالث كدراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحساسة ولاية سعيدة ، وهذا بهدف إسقاط ما تم دراسته نظريا على الواقع ، وعليه سنقوم بدراسة هذه المؤسسة من خلال ثلاث مباحث تعرضنا في المبحث الأول مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ، أما في المبحث الثاني فقد تطرقنا فيه للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ، وجاء المبحث الثالث لعرض وتحليل إجابات المبحوثين.

المبحث الأول مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية :

المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية¹

المؤسسة هي عبارة عن إدارة عمومية ذات طابع إداري وقد استحدثت هذه الأخيرة بموجب المرسوم رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 والذي يتضمن انشأ المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتعد بالتالي تسمية جديدة بالنسبة للتشريع الإستشفائي الجزائري كما تتمتع هذه المؤسسة بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تحدد المشملات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وفقا للحيز الجغرافي الصحي تبعا لمعيار التجمع السكاني بقرار من الوزير المكلف بالصحة، يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كميدان للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

كما تجدر الإشارة أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تتبع نظاما إداريا من النظامين المعتمدين في تسيير المؤسسات وهو النظام المركزي الذي يتبع الأوامر من وزارة الصحة نزولا إلى القطاعات التابعة، مع العلم أن المؤسسة صحية ومثلها (E.P.S.P) تشتمل تركيبها البنوية من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغييرات بهدف إعادة تكييفها ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

وسنتطرق ببعض من الشرح الوجيز الي تعريف كل منهما² :

1/ قاعة العلاج: وهي الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، وأكملت لها مهام تقديم العلاجات القاعدية أو الأولية وفقا للسياسة الجوارية المعتمدة على الإصلاحات الأخيرة، ولها مهام يمكن إبرازها في النقاط الآتية بيانها:

➤ تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.

¹- ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المرجع السابق ذكره، ص6.

²- د. عدمان مريزق، المداخلة بعنوان "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، ص12.

➤ ضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.

➤ ضمان وظائف الوقاية الآتية:

- متابعة البرامج الوطنية للصحة .
- متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم... الخ.
- مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
- مراقبة نظافة الوسط.

وبهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب والمساعد، تم تحسيس البلديات بضرورة توفير

إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما.

ب/ عيادة متعددة الخدمات: تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية،

وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر

التقني الإداري لها. تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري 25000 مواطن، و 3000

إلى 4000 مواطن في الوسط القروي ويرجع هذا التفاوت في التقسيم إلى عدة أسباب منها

(احتياجات السكان، القيود الاجتماعية والاقتصادية، والجغرافية لعزلة بعض المناطق). وباعتبار

العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف الموالية:¹

➤ وظائف الطب العام.

➤ وظائف طب الأسنان.

➤ الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية وتشمل:

- الجراحة العامة.

- الطب الداخلي.

- التوليد.

- طب الأطفال.

¹- د. عدنان مريزق، المرجع السابق، ص13.

تقوم العيادة المتعددة الخدمات بالمهام الموالية¹:

- توفير الفحوصات المتخصصة على حسب الأطباء المخصصين المتاحين وذلك بالتنسيق والتعاون مع المؤسسة العمومية الاستشفائية الأقرب إليها في الإصابات المعقدة والحرجة والتي يستحيل معالجتها إلا بالمستشفى.
 - ضمان الأنشطة شبه الطبية مثل التضميد، الحقن، التطعيم، التلقيح... إلخ.
 - التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية وذلك من خلال ضمان المناوبة الدائمة أي 24 سا 24/ مع تسخير الإمكانيات المادية المساعدة على ذلك من سيارة إسعاف وكذا توفير أسرة مجهزة من أجل فحص ومراقبة المريض ورعايته طيلة فترة تواجده بعيادة للاستشفاء، وذلك وفقا للإجراءات المعمول بها تبعا للنظام الصحي المدعمة بتوجيهات ولوائح في كيفية التعامل مع الحالات الصعبة ولاسيما إذا تعلق الأمر بالمناطق النائية.
 - تأمين الأنشطة الوقائية من خلال²:
 - تطبيق ومتابعة البرامج الوطنية والمحلية للصحة العمومية.
 - الحرص على تطبيق السليم والمتابعة الدائمة للأنشطة المتعلقة بالأمومة والطفولة.
 - متابعة الأمراض المعدية وغير المعدية وتوفير الأدوية الضرورية اللازمة للحد منها.
 - ضمان توفير المعدات والأجهزة المساعدة على التشخيص كمخابر التحاليل الطبية، مركز للأشعة... إلخ تكون تحت تصرف مورد بشري مؤهل لتأديتها.
- والجدير بالذكر أن العيادة متعددة الخدمات تهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف الموالية³:
- تحديد الأولويات في تقديم العلاجات الأساسية.
 - إعادة ترتيب الأنشطة الصحية حسب متغيرات من أجل تلبية احتياجات السكان الضرورية.

¹-Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p7.

²-ibid, p8.

³-ibid, p10.

- العمل على تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة.
 - تقوية وتكثيف الأنشطة الوقائية.
 - تقوية علاقة الطبيب بالمريض من أجل تحقيق مفهوم " طبيب الأسرة ".
 - تصحيح التفاوت في توزيع الهياكل الاستشفائية من أجل الضمان الأحسن للطب الجوارى.
- بالإضافة إلى التأطير الإداري للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية يجب توفير مجموعة من الموظفين المكلفين بتسيير مصالح المؤسسة ، بالتركيز في المقام الأول على الموارد البشرية المتوفرة في القطاع الصحي سابقا، حيث تتم إعادة تنظيمها وفقا لاحتياجات كل مؤسسة ومهامها أما بالنسبة للمدراء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فقد تم اختيارهم من بين الأطباء المنسقين للقطاعات الصحية السابقة. كما تم وضع برنامج خاص سنة 2007 استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء ونوابهم) وبالخصوص إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والذي يبلغ عددهم 1354 منهم 1084 نائب مدير و 271 مدير، حيث تم تكوينهم في المجالات التالية¹:
- التسيير العام.
 - تقنيات الاتصال.
 - نظام المعلومات الاستشفائي.
 - الاقتصاد العمومي والصحي.
 - الصحة العمومية / علم الأوبئة.
 - تسيير العمليات.
 - مالية ومراقبة التسيير.
 - تسيير المصالح.
 - التسيير التطبيقي للموارد البشرية.

¹-ibid, p11 .

مع الإشارة أن هذا التكوين الخاص الذي مدته ستة أشهر كان تحت إشراف إدارات من القطاع الصحي، أساتذة جامعيين جزائريين، وإدارات من اسبانيا، بلجيكا، فرنسا وغيرها في إطار الاتفاقيات دولية المبرمة في مجال التعاون الصحي.

❖ التنظيم الإداري:

من خلال استقراءنا للنصوص القانونية والمتعلقة بالمرسوم التنفيذي 140/07 المذكور أعلاه تم تحديد طرق التنظيم والتسيير الخاصة بالمؤسسة كالتالي:¹

1/ مجلس الإدارة: يضم مجلس الإدارة ما يأتي :

- ممثل عن الوالي، رئيسا.
- ممثل عن إدارة المالية .
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية.
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي.
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة.
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن الجمعيات مرتقي الصحة.
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة .
- رئيس المجلس الطبي.

يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداولات مجلس الإدارة غير أن رأي هذا الأخير يبقى استشاري، و يعين أعضاء المجلس لعهد مدتها ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي، بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعين لها، وفي حالة انقطاع عهدة

¹-ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم (07-140)، المرجع السابق الذكر، ص11.

أحد أعضاء مجلس الإدارة لأحد الأسباب المتعارف عليها قانونيا (العجز النسبي أو المطلق عن تأدية المهام، الاستقالة، الإقالة بسبب متابعة جزائية، التنقل...) يعين عضو جديد وفق نفس المعايير لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة، وتنتهي عهدة الأعضاء الذين تم تعيينهم بحكم وظائفهم بانتهاء هذه الوظائف. ويهكن لمجلس الإدارة الاستعانة بكل شخص من شأنه مساعدته في أشغاله.

يتداول مجلس الإدارة على الخصوص بدراسة ومعاينة الملفات التالية¹ :

- مخطط تنمية المؤسسة على المدى القصير والمتوسط .
- مشروع ميزانية المؤسسة .
- الحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري.
- مشاريع الاستثمار .
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة .
- البرامج السنوية لحفظ البنايات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها.
- الاتفاقيات المنصوص عليها في المادتين 5 و9 من المرسوم التنفيذي المذكور أعلاه .
- العقود المبرمة مع المؤسسة أخرى المتعلقة بتقديم العلاج، لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية و الجماعات المحلية و المؤسسات و الهيئات الأخرى.
- مشروع جدول تعداد المستخدمين.
- النظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار .
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها .
- الصفقات والعقود والاتفاقيات ، طبقا للتنظيم المعمول به.

¹ - ج.د.ش، المرسوم التنفيذي 07-140 ، المرجع السابق، ص 11-12.

يجتمع مجلس الإدارة في دورة عادية مرة واحدة كل ستة (6) أشهر، وبعد الموافقة بالإجماع في حالة استوفت الملفات لجميع الشروط القانونية يتم المصادقة عليها ، ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بناء على استدعاء من رئيسته أو بطلب من ثلثي (3/2) أعضائه، وتحرر مداوات مجلس الإدارة في محاضر يوقعها الرئيس وأمين الجلسة وتقيّد في سجل خاص يرقمه ويؤشر عليه الرئيس. يعدّ مجلس الإدارة نظامه الداخلي و يصادق عليه أثناء اجتماعه الأول، يحدد رئيس مجلس الإدارة جدول أعمال كل اجتماع بناء على اقتراح من مدير المؤسسة، ولا تصح مداوات مجلس الإدارة إلا بحضور أغلبية أعضائه وإذا لم يكتمل النصاب يستدعى مجلس الإدارة من جديد في الثمانية (8) أيام الموالية، ويمكن أن يتداول أعضاؤه حينئذ مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين، كما تؤخذ قرارات مجلس الإدارة بأغلبية الأعضاء الحاضرين، وفي حالة تساوي عدد الأصوات يكون صوت الرئيس مرجحاً، في حين تعرض مداوات مجلس الإدارة على موافقة الوالي في الثمانية (8) أيام الموالية للاجتماع وتكون المداوات نافذة بعد ثلاثين (30) يوماً من إرسالها إلا في حالة اعتراض صريح يبلغ خلال هذا الأجل.

2/ المدير: يعيّن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقرار من الوزير المكلف بالمرجة وتنتهي مهامه حسب الأشكال نفسها، ويعد المدير مسؤول عن حسن سير المؤسسة، وضمان، استقرارها واستمرارها باطراد وانتظام، وبما أنه ممثل رسمي لشخص معنوي فهو يمتاز بالصلاحيات الآتية:¹

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المهنية.
- الأمر بالصرف في المؤسسة .
- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة .
- يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة.
- ينفذ مداوات مجلس الإدارة .
- يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه

¹- ج.د.ش، المرسوم التنفيذي 07-140 ، المرجع السابق، ص12.

- يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به .
 - بمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
 - يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.
 - يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته للموظفين الذين تتوفر فيهم النزاهة والكفاءة .
- يساعد المدير أربعة (4) نواب يكلفون على التوالي بما يأتي¹:

➤ المالية والوسائل.

➤ الموارد البشرية.

➤ المصالح الصحية.

➤ صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة .

يعين المديرين النواب بصفة مؤقتة بقرار داخلي من طرف المدير وبقرار من الوزير المكلف بالصحة بصفة دائمة. ويلحق بمكتب المدير مكتب التنظيم العام والاتصال ومن أهم ما يقوم به:

✓ معالجة البريد الصادر.

✓ حفظ الملفات و السجلات.

✓ تنظيم الاجتماعات .

✓ الاستقبال و التوجيه.

3/المجلس الطبي: يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه

الطبي والتقني فيها ، لاسيما في² :

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية .
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان .

¹-ج.د.ش،المرسوم التنفيذي رقم (07-140)، المرجع السابق، ص13.

²- المرجع نفسه، ص13.

- برامج التظاهرات العلمية والتقنية .

- إنشاء هياكل طبية و إغاؤها.

يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية،و يمكن لمدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إخطار المجلس الطبي بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني، كما يضم المجلس الطبي ما يأتي:

• مسؤولو المصالح الطبية.

• الصيدلي المسؤول عن الصيدلية .

• جراح أسنان .

• شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين.

• ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.

ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائب رئيس لمدة ثلاث(3)سنوات قابلة للتجديد

يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين،

ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب إما من رئيسه وإما من أغلبية أعضائه وإما من

مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ويجوز في كل اجتماع محضر يقيد في سجل خاص.

مع الإشارة أنه لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه، وفي حالة

عدم اكتمال النصاب القانوني يستدعى المجلس من جديد في الثمانية (8) أيام الموالية ويمكن أن

يتداول أعضاؤه الأجندات الموجودة حينئذ مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين،وبعدّ في هذه

الحالة شرعيا في اتخاذ قراراته وفقا لنظامه الداخلي المصادق عليه أثناء اجتماعه الأول، ويحدد

تصنيف والتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقوار مشترك بين الوزيرين

المكلفين بالصحة والمالية والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المطلب الثاني: نبذة عن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة¹

أنشأت هذه المؤسسة سنة 1982 كقطاع الصحي بمقر الحاسنة بولاية سعيدة، يقدر حيزها الجغرافي بـ 3000.07 كلم² متكون من دائرتين و 06 بلديات، تحدها من الشمال ولاية معسكر ومن الجنوب ولاية البيض أما شرقا فولاية تيارت وغربا دائرة سعيدة، وإثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاع الصحي إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة تحت إسم المرحوم المجاهد **مخلوف بن ديدة**، توجد مقرها الإداري على مستوى بلدية الحاسنة هذا من جهة، ومن جهة أخرى تنتفرج إلى قطاعات فرعية على مستوى كل من دائرتي الحاسنة وأولاد إبراهيم وتضم ثلاث نقاط إستراتيجية في كل من الحاسنة وأولاد إبراهيم وعين السخونة وكل قطاع فرعي يضم العديد من المراكز الصحية التي بدورها تنتفرج إلى عيادات متعددة الخدمات وقاعات للعلاج موزعين على مستوى أقاليمها كالتالي:

- الحاسنة وتحتوي على ثلاث عيادات متعددة الخدمات: (02) بالحاسنة و (01) بتامسنة وقاعات للعلاج في كل من صوان عبد القادر، حاسي الغوثي، جيدة.
- المعمورة وتحتوي على عيادة متعددة الخدمات بالمعمورة، و قاعة للعلاج بسيدي يوسف .
- عين السخونة وتحتوي على عيادة متعددة الخدمات بعين السخونة وقاعة للعلاج بزراقت.
- ترسين وتحتوي على عيادة متعددة الخدمات وعدة قاعات للعلاج في كل من الوسيط، تاقدورة، معرض، تاوروبت.
- أولاد إبراهيم ويضم عيادة متعددة الخدمات ووحدة لتصفية الدم و عدة قاعات للعلاج في كل رأس قرسييف، عيون برانيس، توتة، خريشفة، أولاد علي، سيدي مخلوف.
- عين السلطان يضم كل من عيادة متعددة الخدمات وقاعات علاج في كل من تيفريت، قروج زحراح، سيدي ميمون، بوشيخي ميلود، قرنيذة.

¹-مقابلة مع السيد محمد بوجناح، نائب مدير المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، مقر المؤسسة بالحاسنة، يوم 2016/04/12.

ولقد تم تصنيفها في الإصلاحات الأخيرة والواردة في الجريدة الرسمية طبقاً لأحكام القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير 2012 المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ضمن الصنف "ج" ¹، وتعد أول مؤسسة عمومية للصحة الجوارية من حيث الخدمات الصحية، حيث يسير كل مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير، وتزودان بهيئة استشارية تدعى "المجلس الطبي".

❖ مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة

- تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة فيما يلي ²:
- الوقاية والعلاج القاعدي.
 - تشخيص المرض.
 - الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
 - الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
 - تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.
 - المساهمة في الترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النظافة و مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
 - المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

وتستخدم المؤسسة وتستعين بقدر من الموظفين لا يستهان به يقدر بـ 465 عامل كلهم تابعين لقطاع الوظيفة العمومية كأصل عام، فيما يبقى الاستثناء في تبعية كل موظف بحسب قانونه الأساسي الذي ينظمه ويسيره فيما عدا السلك الخاص بالأسلاك المشتركة فهو مقيد بالأمر 03/06 المتضمن لقانون الأساسي للوظيفة العمومية ، و يمكن إبراز كل من تعداد المستخدمين

¹ - ج.د.ش، الجريدة الرسمية، العدد 20، المتضمنة قرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية، ص 30

² - ج.د.ش، المرسوم التنفيذي 07-140 ، المرجع السابق الذكر، العدد 33، ص 11.

الدائمين بالأصناف التالية¹:

الاطارات التصميم:16.

أعوان التطبيق:97.

أعوان تحكم:122.

اعوان التنفيذ:230.

المجموع:465.

وجب علينا إستظهار عدد المستخدمين لكافة الأسلاك المهنية العاملة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة و تطورها خلال فترة الدراسة، السنوات 1999 إلى 2015.

جدول رقم (08) : يبين تطور عدد المستخدمين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

2015	2012	2009	2007	2000	1999	الأسلاك المهنية
6	06	05	03	/	/	الأطباء الأخصائيون
54	50	42	39	27	26	الأطباء العامون
215	199	181	181	152	153	الشبه طبي
190	143	131	131	115	115	الأسلاك المشتركة
465	398	380	354	294	294	المجموع

المصدر : مديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة.

ما نلاحظه من خلال الجدول، هو الإستقرار و الزيادة النوعية في عدد المستخدمين الطبيين (الأطباء العامون، الأطباء الأخصائيون)، وهذا نتيجة إستحداث تخصصات طبية جديدة لم تكن موجودة من قبل، وأيضا ميزانية المؤسسة التي عرفت نموا ملحوظا، حيث بلغت سنة 2007 ما قيمته 243.865.000.00 دج، وبلغت سنة 2013 ما قيمته 394.650.000.00 دج، وبلغت قيمتها في السنة الجارية أي 2015 ما قيمته 589.939.000.00 دج، وهي ميزانية التسيير والتجهيز.

¹ - مقابلة مع السيد محمد بوجناح، المرجع السابق.

المطلب الثالث: التنظيم والتسيير الداخلي للمؤسسة (الهيكل التنظيمي)

يعد التنظيم الداخلي للمؤسسة مطلب أولي لأي مؤسسة فبدونه تكون عبارة عن موطن المشاكل والصراعات، أي أنه المقياس والركيزة الأساسية لأي كيان، وهو عبارة عن البناء الذي يبين المديرية والمكاتب والمصالح التي تشملها المؤسسة، تكمن أهمية الهيكل التنظيمي بالمؤسسة في أنه يعتبر المرجع الحقيقي للعاملين فهو يوضح مهام كل مكتب ويبين طرق الاتصال الرسمية بين هذه مكاتب. ويتم تحديد التنظيم الداخلي طبقا للقرار الوزاري المشترك مؤرخ في 3 محرم عام 1431 الموافق 20 ديسمبر سنة 2009 و الذي يحدد في نص المادة الثانية (02) المديرية والمكاتب التابعة لها وهي كالتالي¹:

أولا /المديرية الفرعية للموارد البشرية:

هي ذات صلة مباشرة بالحياة المهنية للموظفين وتتكون من مكاتبين وهما:

- 1- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات : يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين كالتعيين، الترقية، العزل، الإحالة على التقاعد و هذا من خلال²:
 - السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين.
 - إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية و يضم مختلف دورات تكوينية لفائدة الموظفين .
 - عقد اجتماعات لجان متساوية الأعضاء لترتيب ملفات كاملة لكل مستخدمي المؤسسة.
 - استلام ملفات المترشحين لدى المؤسسة للتوظيف و تسطير برامج التربص و متابعتها.
- أما فيما يتعلق بالمنازعات فالمكتب يتولى تسيير مختلف القضايا و التي تكون المؤسسة طرفا فيها مدعي أو مدعي عليها كونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية و محضر قضائي يتولى التبليغ.

¹-ج.د.ش،الجريدة الرسمية، المتضمن لقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر سنة 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية،العدد15، ص21.

²-مقابلة مع السيد محمد بوجناح، المرجع السابق.

- 2- مكتب التكوين : يتكفل بضم ان التكوين والتكوين الإضافي وتحسين مستوى المه نبي للعمال بكل ما وجد في مجال الصحة والإدارة من حيث التأطير والتسيير من خلال ما يلي:
- بيان التسيير السنوي للتكوين .
 - وضع مخطط التكوين.
 - إحصاء الموظفين المعنيين بالتكوين.
 - إحصاء الوظائف النوعية المعنية بالتكوين وتأطيرها من خلال التعاقد مع مؤسسات تكوين المتخصصة.

ثانيا/المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

تهتم هذه المديرية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية (الوقائية والعلاجية) التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة كما تعتبر عنصرا أساسيا لتطبيق نظام تمويل المؤسسة العمومية وتضم المكاتب التالية¹:

1-مكتب الوقاية ونظافة المحيط: يعني بالوقاية من العديد من الأمراض والمتابعة الميدانية

لمختلف البرامج الصحية والشهادات التي تستخرج من مكتب هي:

* شهادات التلقيح certificat de vaccination

* شهادة المطابقة certificat de conformité

* شهادة طبية للزواج certificat de mariage avec analyse

* شهادة الدخول المدرسي certificat d'entrée scolaire

ويتكون من العديد من الأقسام²:

- قسم مكافحة داء السل : هو قسم يعني بمتابعة داء السل والأمراض التنفسية وذلك من

خلال تقديم الفحوصات والتحليل وإعطاء الأدوية مجانا والمتابعة الدقيقة والمستمرة للمرض

¹-ج.د.ش، الجريدة الرسمية، العدد15،المرجع السابق، ص21.

²-مقابلة مع السيد نصر الله محمد،نائب مدير لمديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحساسنة، مقر المؤسسة بالحساسنة، يوم2016/04/13.

- قسم متابعة الأمومة والطفولة: قسم متابعة البرامج الوطنية كالتخطيط العائلي، متابعة الحوامل، التطعيم، التلقيح... الخ.
- قسم النظافة والتطهير: يتكفل بمهام التالية¹:
 - يقوم بمعاينات الميدانية لقنوات صرف المياه والأمراض المتنقلة عن طريق المياه.
 - مراقبة المحلات التجارية.
 - مراقبة الآبار والمياه الصالحة للشرب.
 - مراقبة شبكة صرف المياه لتفادي اختلاط المياه الصالحة بغيرها.
- قسم علم الأوبئة والطب الوقائي: يقوم بمتابعة وإجراء التحقيقات الخاصة بالأمراض المتنقلة عبر الإنسان والحيوان (علم الأوبئة).
- قسم الطب المدرسي: هو قسم يعني بمتابعة الأطفال المتدرسين في كل الأطوار ابتداء من الطور الابتدائي إلى الثانوي وذلك من خلال المتابعة الصحية من فحوصات و تلقيح وطب الأسنان والقيام بالعديد من النشاطات داخل الوسط الداخلي وذلك من خلال الأيام التحسيسية الوطنية والعالمية الخاصة بالصحة العمومية.
- 2- مكتب القبول والتعاقد وحساب التكاليف: يلعب هذا المكتب دورا فعالا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة من القبول إلى الخروج لاسيما وأنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في المنظومة الوطنية للصحة ويتضمن الأقسام التالية :
 - قسم القبول و الاستقبال : ويتكفل بما يلي:
 - تسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف طبيب المستشفى في سجل خاص.
 - أدرج كل معلومة خاصة بالمريض الاسم ، اللقب، تاريخ و مكان الازدياد..... الخ.
 - يسهر على استقبال و توجيه الزائرين و تزويدهم بالمعلومات اللازمة و لهذا نجدهم مجددا ليلا

¹-مقابلة مع السيد نصر الله،المرجع السابق.

و نهارا، و يمكن القول على أنه يعتبر أكثر المكاتب نشاطا و حيوية.

• **قسم حركة المرضى والإحصائيات:** يهتم القسم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها

آليا ومن أهم التسجيلات نذكر ما يلي:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى اعتمادا على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب القبول.
- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي لتسهيل عملية البحث.
- إعداد تقرير يومي لتعداد المرضى ويتم تحديد تحركات المرضى من الدخول والخروج.
- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات و غيرها.
- جمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

• **قسم الحالة المدنية:** يقوم هذا القسم بتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى

البلدية يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بميلاد من طرف قابلة المستشفى كما

يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص وإرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

• **قسم التعاقد والفوترة:** يهتم بفواتير المرضى خاصة بالضمان الاجتماعي والقأمينات الصحية

• **قسم الأرشيف:** يسهر هذا القسم على الملفات والسجلات التي تخص المرضى وهذا من

أجل ضمان تقديم وضبط المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة ، ويتم اللجوء إليه

في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

• **قسم حساب التكاليف:** يعني بمتابعة التكاليف والأعباء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بما تحوي من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج مثل (تكلفة المرضى بالنسبة

للمؤسسة من عمالة، غاز، كهرباء، مياه... الخ).

3- مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها: يتكفل بتطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة

وبتنظيم النشاط العمومي، متابعة وتقييم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات

والإحصائيات حول حجم النشاط الصحي والسهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها.

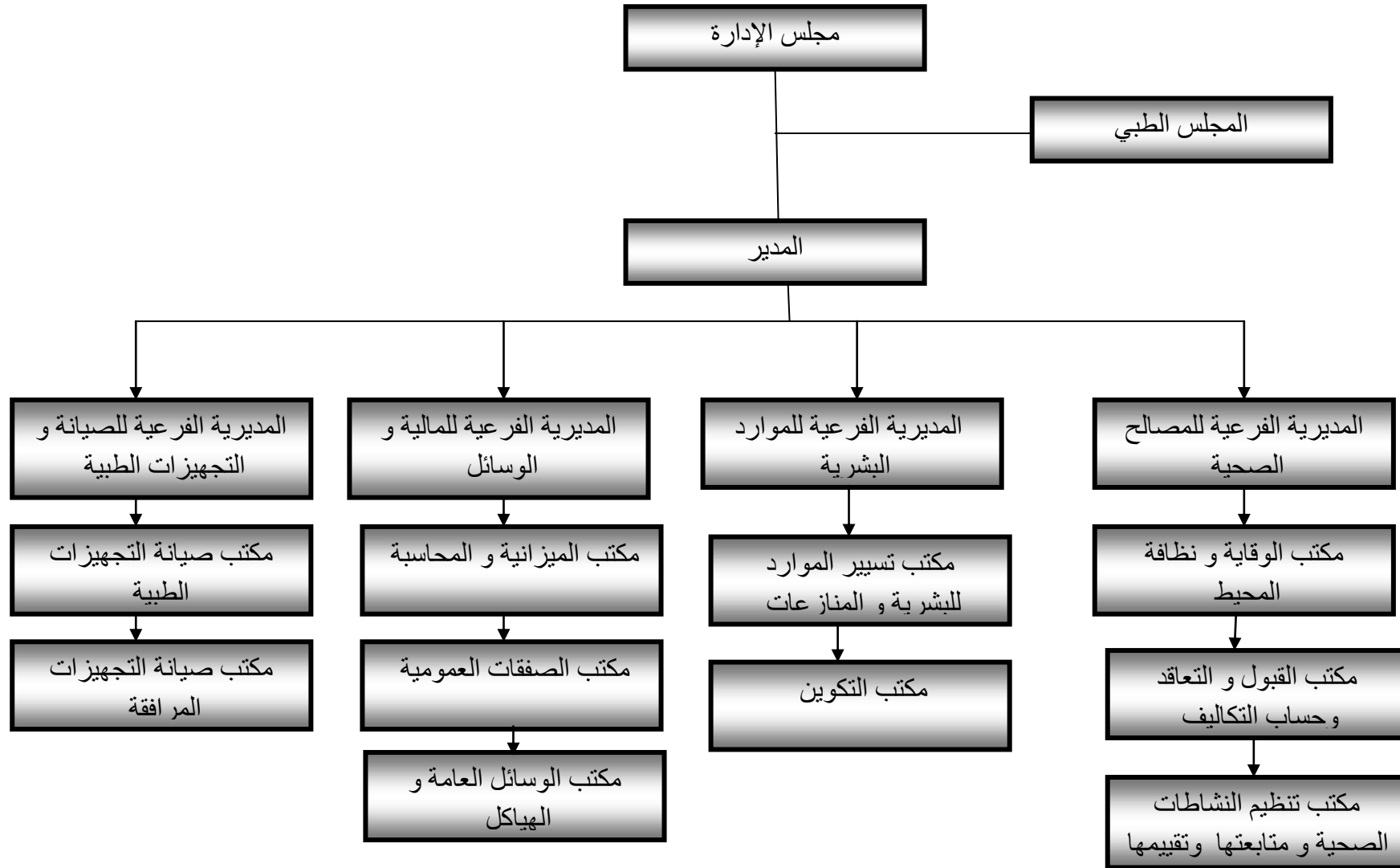
- السهر على السير الحسن لنشاط المؤسسة وتنسيق عملها.
 - إعداد استمارة يومية وإرسالها لمديرية الصحة والسكان لإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي داخل أو خارج المؤسسة وأمراض ذات تصريح إجباري وأمراض غير مشخصة.
 - تسيير صيدلية المؤسسة ومتابعتها وتنظيمها ومراقبتها.
 - **قسم طب العمل:** هو قسم يعني بالمتابعة الصحية لكافة المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والإداريين على مستوى المؤسسة، والمتابعة الصحية لبعض المؤسسات الخارجية (الأمن، التكوين المهني، بعض المؤسسات الخاصة.....الخ).
 - **قسم الأمراض العقلية:** يقوم بالتشخيص و المتابعة للحالات المرضى.
 - **قسم الفريق الطبي المتنقل:** يقوم بتنقل إلى الأماكن المعزولة والنائية لمتابعة المرضى وتقديم الخدمات الصحية اللازمة من تطعيم،تلقيح...،ويتكون من طبيب وممرضة وقابلة.
- ثالثا/ المديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل: تتضمن هذه المديرية المكاتب التالية¹ :
- 1- **مكتب الميزانية و المحاسبة :** يقوم الموظفون القائمون عليه ب:
 - السهر على تنفيذ الميزانية ومراقبة الاعتمادات الممنوحة.
 - استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد وإعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقتها لأرقام الميزانية.
 - الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنفة حسب أبواب الميزانية.
 - إعداد وتنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية في ظل الاعتمادات الممنوحة .
 - إعداد الحوالات المالية الخاصة بالإنفاق مثل الحوالات ،الحوالات الدفع، أمر بمهمة...الخ، وإرسالها إلى الخزينة العمومية. ويتضمن هذا المكتب المخازن التالية:

¹-مقابلة مع السيد موساوي عبد القادر، نائب مدير للمديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة،مقر المؤسسة بالحاسنة ،يوم 2016/04/14.

- **المخازن العامة:** هي المخازن المتخصصة في إدخال وإخراج المعدات الخاصة بالمؤسسة.
 - **مخازن الورق والأدوات المكتبية:** يسهر القائمون على تسيير هذه المخازن بتوفير جميع المستلزمات المكتبية والسجلات والوثائق اللازمة لكل مكتب، مثل: الوثائق والمطبوعات.
 - **قسم الجرد والعتاد الطبي:** وهي مصلحة متخصصة في العمليات التي تجعل الوقوف على الوضعية الحقيقية للمؤسسة في نهاية الدورة ويمكننا جمع وإحصاء المعدات والتجهيزات التابعة للمؤسسة (عتاد طبي، أدوات، أثاث، وسائل متنقلة وغيرها) ولديها سجلات وبطاقات خاصة بها منها *fiche de stock* ، *fiche de 'inventaire* بطاقة الجرد.
- 2- مكتب الصفقات العمومية:** يختص بكل ما هو متعلق بإجراء وتنظيم الصفقات المبرمة على مستوى المؤسسة .
- 3- مكتب الوسائل العامة والهيكل:** يسهر القائمون عليه بصيانة الهياكل ووسائل الخاصة بمؤسسة وتوفير العمال المهنيين (عمال الصيانة، النظافة، أعوان الأمن، حراس... الخ).
- رابعاً/المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة¹:
- 1-مكتب صيانة التجهيزات الطبية:** يقوم بتركيب وبصيانة العتاد الطبي والتجهيزات المرافقة.
- 2-مكتب صيانة التجهيزات المرافقة:** من الناحية العملية يوجد هذا المكتب داخل التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ولكن تسيير مهام ه يكون على مستوى المكتب صيانة التجهيزات الطبية.

¹-مقابلة مع السيد سعداوي يونس، نائب مدير المديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحساسة، مقر المؤسسة بالحساسة ،يوم 2016/04/17.

الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة



المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية .

نرمي من خلال هذا المبحث إلى إيضاح الجانب التنظيمي للدراسة الميدانية وهذا من خلال إبراز المنهج المستخدم وأدوات جمع البيانات، وأساليب معالجة مجتمع الدراسة.

المطلب الأول: المنهج المستخدم في الدراسة وأساليب المعالجة وقياس .**أولاً: المنهج المستخدم في الدراسة.**

إن الدقة المفروضة في البحث العلمي تحتم علينا أن نقدم وصفا دقيقا للإجراءات المستخدمة في دراسة الظاهر، ويعتبر المنهج العمود الفقري لتصميم البحوث، لأنه يتضمن تحديد المفاهيم والتعاريف الإجرائية، وإطار الدراسة ومجالاتها، وأدوات جمع البيانات ومجتمع البحث.

والواقع أن اختيار المنهج الملائم يعتمد اعتمادا أساسيا على طبيعة الظاهرة المدروسة والموضوع المراد بحثه، و يركز المهتمون بمنهج البحث على أن الباحث ليس حرا في اختياره للمنهج وإنما طبيعة الظاهرة موضوع الدراسة وخصائصها المميزة وطبيعة العلاقة التي تربط متغيراتها، والأهداف التي يصبوا إلى تحقيقها، كل هذه الأمور تعمل مجتمعة لتفرض علينا المنهج الملائم للدراسة وتماشيا مع طبيعة وأهداف الدراسة الراهنة، كان لزاما علينا حسملا لتعيينها باستخدامها كمنهج أساسي في دراسة الموضوع ، هذا المنهج الذي نكتفي فيه بدراسة عدد محدود من الحالات أو المفردات في حدود الوقت والجهد والإمكانيات المتوفرة .

ثانيا: أساليب المعالجة والقياس .

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات المجمعّة تم الاعتماد على بعض الأساليب الإحصائية، وذلك بعرض البيانات في جداول بسيطة باستعمال النسب المئوية والتكرارات في الكشف عن متغيرات الدراسة، وتحليل النتائج و تفسيرها اعتمادا على الجانب النظري للدراسة .

المطلب الثاني: مجتمع عينة الدراسة .

نحاول في هذا الجزء مناقشة الخصائص العامة لأفراد عينة الدراسة، انطلاقا من أن البيانات الشخصية تشكل متغيرات ذات دلالة يمكن تأثيرها على إجابات عينة الدراسة وعليه فان الوقوف

على خصائص العينة المختارة من حيث تركيبها وأبعادها الاجتماعية و المهنية والثقافية والنفسية يساعدنا على توضيح وتفسير بعض مواقف واتجاهات وأراء عينة الدراسة حول الاصلاحات التي مست القطاع الصحي. ويضم مجتمع الدراسة جميع الموارد البشرية العاملة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة موزعين على الشكل التالي:

- مستخدمي السلك الطبي.
- مستخدمي السلك الشبه الطبي.
- مستخدمي السلك الاداري.
- التقنيين والعمال المهنيين.

نظرا لوجود اختلافات في خصائص كل فئة من فئات مجتمع البحث وكونها غير متجانسة، قمنا باختيار طريقة العين ة العشوائية النسبية الطبقيه، بحيث تم إختيار ممثلين عن كل الفئات المكونة للمجتمع الكلي، وهي عبارة عن عينات فرعية تشكل عينة الدراسة، ولصعوبة الوصول إلى كل الموارد البشرية محل الدراسة لأسباب شخصية وتنظيمية تم حصر عينة الدراسة في 155 مفردة. والجدول التالي يبين الأسلاك المهنية المكونة لعينة الدراسة .

العينة	العدد	الأسلاك
20	60	مستخدمي السلك الطبي
72	215	مستخدمي السلك الشبه الطبي
63	190	مستخدمي الأسلاك مشتركة
155	465	المجموع

الجدول رقم (09) : يبين الأسلاك المهنية المكونة لعينة الدراسة.

وبعد توزيع إستمارة البحث على المستجوبين تم إسترجاع 100 إستمارة، تم الشروع في عملية عرض و تحليل نتائج الدراسة.

المبحث الثالث: عرض وتحليل إجابات المبحوثين.

سنحاول التعرف على خصائص المبحوثين الذين تم معهم إجراء الدراسة الميدانية، وتتكون العينة من المستخدمين الطبيين، والشبه الطبيين، والمستخدمين الأسلاك المشتركة.

المطلب الأول: تحليل إجابات الأفراد حول المعلومات الشخصية.

1- الجنس: يعتبر الجنس من أهم خصائص العينة التي قد تساعد على فهم المعطيات و تفسير النتائج والجدول رقم (01) يوضح توزيع مفردات عينة الدراسة حسب الجنس.

الجدول رقم (01) الجنس

الجنس	العينة	اتلركار	انللسبة المئوية
نكر		38	% 38
أثنى		62	% 62
المجموع		100	% 100

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال نتائج الجدول رقم (01) نلاحظ أن نسبة الإناث اللاتي يعملن في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة والمقدرة بـ 62% أكبر من نسبة الذكور التي لم تقدر سوى بـ 38% فقط من استقواءتنا لنتائج هذا الجدول فان تفسير ه ذا الحضور القوي للعنصر النسائي في هذه

المؤسسة يعود إلى مجموعة من العوامل نذكر من بينها:

-متطلبات الحياة العصرية وما يتبعها من احتياجات اقتصادية من أهم العوامل التي ساهمت في خروج المرأة بإعداد كبيرة في مثل هذه المجتمعات إلى مواقع العمل لمساعدة الرجل على تحسين مستوى المعيشة لأفراد الأسرة.

-تمتع المرأة بنوع من الحرية و الاستقلالية في المجتمع الجزائري.

-نوعية الخدمات العمومية التي تقدمها المؤسسة تحتاج فيها إلى العنصر النسوي.

-لكن الملاحظ بالنسبة لسلك الاداري أين نجد أن نسبة الذكور هي أكبر من نسبة الإناث، حيث

تمثل نسبة الذكور، في حين تمثل نسبة الإناث هذا ما يدل على أن الذكور مبالغون بفطرتهم إلى امتلاك السلطة وأمور التسيير.

2 السن: لا يمكن تجاهل عامل السن في مجال العمل، لأنه يلعب دورا كبيرا في فعالية العامل وقدرته على أداء مهامه على أكمل وجه، فهو يعبر عن الديناميكية و النشاط في ميدان العمل، هذا طبعا إذا كان العامل متكيفا مع بيئة عمله، ويعيش وضعا اجتماعيا لائقا، لان السن وحده لا يكفي ما لم تصاحبه الرغبة والإقبال على العمل، و توفيق الظروف المادية والمعنوية لتحقيق ذلك.

الجدول رقم (02) نسب المستخدمين حسب السن

انلوبة المئوية	اتلركار	العنية
		انفلة الرمعية
36%	36	من 25 - 34 سنة
40%	40	من 35 - 44 سنة
24 %	24	45 سنة فأكثر
100 %	100	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة .

من خلال الجدول رقم (02) الموضح لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب السن يتضح أن نسبة 40% من مفردات عينة الدراسة تتواجد ضمن الفئة العمرية [35-44]، ثم تأتي الفئة العمرية من [25-34] وذلك بنسبة تقدر بـ 36% ثم تليها الفئة العمرية 45 سنة فأكثر بنسبة 24%، وهذا يعني أن ما نسبته 76% من أفراد عينة الدراسة لا تتعدى أعمارهم 44 سنة وهي مرحلة يصفها علماء التنظيم بمرحلة الانجاز والاستقلالية .

وبقراءة هذه النتائج نجد أن غالبية أفراد العينة تنحصر أعمارهم ما بين [25-44] وهو مؤشر إيجابي بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، حيث تعكس النضج الفكري والبدني لأفراد العينة لأجل بدل كل طاقاتها البشرية، ومنحها المزيد من المسؤوليات لتحقيق ذاتها ويرتبط السن بخاصية أخرى تتمثل في حالة الرضا عن الاوضاع حيث تكون نسب عدم الرضا مرتفعة

لدى فئة الشباب نظرا لارتفاع مستوى الطموح لديهم، بينما أعلى نسب الرضا تكون لدى فئة كبار السن نتيجة تكيفهم مع منصبهم وتعلقهم النفسي به .

3 الحالة المدنية :

الجدول رقم (03) الحالة المدنية

العينة	الحالة المدنية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	37	37	37 %
متزوج	49	49	49 %
مطلق	10	10	10 %
أرملة	04	04	04 %
المجموع	100	100	100 %

المصدر: من إعداد الطالبة .

من خلال الجدول رقم (03) نلاحظ أن أغلبية أفراد عينة الدراسة متزوجون و قد قدرت نسبة هذه الفئة بـ 49% ، وهذا ما يعطي الانطباع أن أغلبية أفراد عينة الدراسة يتمتعون بروح المسؤولية في العمل ، إذا أحسن تحفيزهم و تحريك دوافعهم نحو أداء جيد ، ومن ناحية أخرى قدرت نسبة فئة غير المتزوجين بـ 37%، في حين يتم تسجيل نسبة 10% حالات من فئة المطلقين و 04% أرامل . من قراءتنا لنتائج هذا الجدول نستخلص أن هناك استقرار عائلي و لو صوري لدى أفراد عينة الدراسة، إذ أن عدم الاستقرار في الحياة الخاصة يؤدي إلى عدم الاستقرار في الحياة العملية خاصة في تحمل المسؤولية واتخاذ القرارات، لأنه من الصعب فصل الحياة الخاصة عن الحياة العملية.

4- المستوى التعليمي:

الجدول رقم (04): المستوى التعليمي

العينة	المستوى التعليمي	التركاك	النسبة المئوية
ابتدائي	07	07%	
متوسط	17	17%	
ثانوي	30	30%	
جامعي	46	46%	
المجموع	100	100%	

المصدر: من إعداد الطالبة .

ومن خلال الجدول رقم (04) يتضح أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الجامعي

وقد قدرت نسبتهم ب 46%، ثم تليها نسب أفراد العينة من ذوي المستوى الثانوي بنسبة تقدر ب30% ، أما بالنسبة لذوي المستوى المتوسط فقد قدرت ب 17%، في حين تم تسجيل ما نسبته 07% من المستوى الابتدائي.

تعد النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (04) مؤشرا جيدا بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة من اجل الاستفادة القصوى من كفاءاتها ، سواء بإشراك هذه الكفاءات في عملية اتخاذ القرار، أو من خلال إتاحة الفرصة لها للسهر على السير الحسن للعمل والعملية التنظيمية داخل المؤسسة عامة، كما أن هذه النتائج مؤشر يدل على تطور المؤسسة الصحية الجزائرية، وهذا بتلقي مواردها البشرية لتكوين متخصص في الجامعات والمعاهد والمدارس المتخصصة والتي تنتشر عبر كامل التراب الوطني، وكذلك بعثات التكوين في الخارج والمكفولة عن طريق الاتفاقيات الدولية المبرمة من طرف الدولة.

ويعتبر المستوى التعليمي مؤشرا جيدا لتحقيق درجة عالية من الفعالية في الخدمة الصحية، ومعرفة النقائص والاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي، بالإضافة إلى أنه عامل مهم في

إنجاح الإصلاحات، لاسيما إذا تم استشارة ذوي المستويات التعليمية العالية في عملية الإصلاح.

05- طبيعة العمل.

الجدول رقم (05): نسب العينة حسب طبيعة العمل

العينة	التركيبة	النسبة المئوية
طبيعة العمل		
استشفائي	51	51 %
استشفائي إداري	17	17 %
إداري	15	15 %
تقني	07	07 %
عامل مهني	10	10 %
المجموع	100	100 %

المصدر: من إعداد الطالبة.

تؤثر طبيعة العمل في اتجاهات الأفراد التي قد تكون ايجابية أو سلبية نحو موضوع معين،

وقد اشتملت الدراسة الراهنة على فئات تميزت بتنوع التخصصات حسب طبيعة العمل المؤدى داخل المؤسسة، وقد جاءت في مقدمة هذه الفئات كما يوضحه الجدول : الاستشفائيين بنسبة تقدر بـ 51% ، ثم تليها نسبة ذوي طبيعة العمل الاستشفائي الإداري بنسبة تقدر بـ 17%، بينما مثلت نسبة كل من ذوي طبيعة العمل الإداري ما نسبته 15%، بعدها ذوي طبيعة العمل المهني بنسبة تقدر بـ 10% ثم تليها في الأخير نسبة ذوي طبيعة العمل التقني بنسبة تقدر بـ 07%.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنه نصف أفراد عينة الدراسة (ما نسبته 68 %) هم إما من

المستخدمين ذوي طبيعة العمل الاستشفائي أو الاستشفائي الإداري نظرا لطبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسة، كما تليها فئة ال موظفين ذوي طبيعة العمل الإداري نظرا للأنشطة والمهام المسندة إليهم وهي بالدرجة الأولى تهتم برسم الاستراتيجيات وتوفير الوسائل والاهتمام بالجانب التنظيمي للمؤسسة، ومن أجل تمكين المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة من أداء

مهامها بكل فعالية ، فقد اشتملت على مجموعة من العمال والتقنيين المكلفين بالصيانة والنظافة والحراسة .

المطلب الثاني: تحليل إجابات الأفراد حول الرضا المهني.

6-الأجر:

يعتبر الأجر من أهم العوامل المتعلقة بالعمل، والتي لها تأثير في تحديد الرضا المهني لدى العاملين، فهو يمكن الشخص من تأمين مختلف احتياجاته وكذا احتياجات أسرته، فضلا على أنه مصدر من مصادر إشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية، وهو النتيجة المنطقية للجهد الذي يبذله العامل ويمكنه من تحقيق ذاته وإرضاء دوافعه . وقد بينت عدة دراسات أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية وجود علاقة طردية بين مستوى الأجر والرضا المهني ، فكلما زاد مستوى الدخل زاد مستوى الرضا عن العمل، وكلما انخفض مستوى الدخل انخفض مستوى الرضا المهني، فمنح الأجور والمكافآت والحوافز اللازمة تعتبر من أهم العوامل المساعدة في إشباع الحاجات الضرورية لأفراد المنظمة قصد تحقيق مستوى معين من الرضا المهني. والجدول يوضح نسب العينة حسب الأجر.

جدول رقم (06) نسب العينة حسب الأجر

النسبة المئوية	اتلركار	العينة
		الأجر
30 %	30	اقل من 20.000 دج
44 %	44	من 20.000 إلى 40.000 دج
26 %	26	أكثر من 40.000 دج
100 %	100	عومجما

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول رقم (06) نلاحظ أن نسبة 44% من مجموع مفردات العينة المبحوثة تتقاضى أجر من 200.00 دج إلى 400.00 دج، ونسبة 26% تتقاضى أجر أكثر من 400.00 دج وما نسبته

30% تتقاضى اقل من 200.00 دج، مما يفسر أن أغلبية العاملين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة يتقاضون أجر اقل 200.00 دج إلى 400.00 دج مجموعه بنسبة تقدر بـ74% ، وهذا يجعلها نسبة لا يستهان بها خاصة إذا قارنها بتدهور القدرة الشرائية للموظفين.

7- الأقدمية في العمل

جدول رقم (07)نسب العينة حسب الاقدمية

انل نسبة المئوية	اتلركار	العنية
		الأقدمية
20 %	20	اقل من 05 سنوات
35 %	35	من 05 إلى 10 سنوات
45 %	45	أكثر من 10 سنوات
100 %	100	عومجما

المصدر: إعداد الطلبة.

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن: نسبة 35% من مجموع مفردات العينة المبحوثة لديهم الخبرة المهنية من 5 سنوات إلى 10 سنوات تليها ما نسبته 45 % لديهم الخبرة أكثر من 10 سنوات، ونسبة 20% لديهم خبرة اقل من 5 سنوات. يتبين لنا من خلال النتائج المتحصل عليها أن ما نسبته 55 لديهم خبرة اقل من 5 إلى 10 سنوات مما يوضح أن عملية التوظيف في السنوات الأخيرة تعتبر هي الأحسن مقارنة بالسنوات الأخرى ، ونستنتج أيضا أن المؤسسة تملك أفراد ذوي كفاءة مهنية جيدة، حيث أن أكثر من 45% لديهم خبرة مهنية أكثر من 10سنوات، وبالتالي يمكن استغلال هذه الكفاءات في عملية تكوين وتاطير المتربصين في المؤسسة، وهذا يمنح أكثر مصداقية للدراسة لان أغلبية المبحوثين عايشوا فتوة الإصلاحات التي مست النظام الصحي.

8- هل تظن أن تحسين الخدمة الصحية يتوقف أساسا على تحسين الوضعية الاجتماعية والمهنية للمستخدمين؟

الجدول رقم (08)

		العينة
النسبة المئوية	اتلركار	الجواب
79%	79	نعم
21%	21	لا
100%	100	المجموع

المصدر اعداد الطالبة.

تبين النتائج الموضحة في الجدول، أن نسبة 79% من أفراد العينة يرون أن تحسين الخدمة الصحية يتوقف أساسا على تحسين الوضعية الاجتماعية والمهنية للمستخدمين في قطاع الصحة، بينما يرى 21% من أفراد العينة عكس ذلك وهذا راجع إلى أن هذه الأخيرة ترى أن تحسين الخدمات الصحية ليس مرتبطا فقط بالوضعية الاجتماعية والمهنية للموظف وإنما هناك جوانب أخرى لها دور في تحسين الخدمات مقدمة من طرف المؤسسة الصحية محل الدراسة مثل الجانب التنظيمي و التسييري والقانوني والمالي وهذا ما سوف يتم تأكيده في الأجوبة المتعلقة بعملية الإصلاح. **المطلب الثالث: تحليل إجابات الأفراد حول عملية الإصلاح النظام الصحي.**

9- هل ترى أن النظام الصحي في الجزائر يعاني من اختلالات؟

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن نسبة 52% من العينة ترى أن اختلالات النظام الصحي هي في جانب التنظيم والتسيير، بينما يرى 44% أن الاختلال يكمن في المورد البشري، أما ما نسبته 30% ترى أنها قانونية، و 16% من أفراد العينة ترى أن النظام الصحي يعاني من اختلالات هيكلية و 12% في الجانب المالي.

الجدول رقم (09)

العينة	الجواب	انل نسبة المئوية
هيكلية	16	%16
تنظيمية تسييرية	52	%52
قانونية	30	%30
مرتبطة بالموارد البشري	44	%44
المالية	12	%12
المجموع ¹	100	%100

المصدر: إعداد الطلبة.

10- هل ترى أن الإصلاحات التي مست قطاع الصحة ترتكز أساسا على ماذا؟

يوضح الجدول رقم(10) أن نسبة 63% من أفراد العينة ترى أن إصلاح النظام الصحي ركز أساسا على زيادة عدد الهياكل الصحي، بينما يرى 14% أن عملية إصلاح ركزت على إعادة تأهيل المورد البشري، أما ما نسبته 09% ترى أن عملية الإصلاح ركزت على التنظيم والتسيير ، و 10% ترى أن الإصلاح شمل الجانب المالي و 04% كانت الإصلاحات قانونية. مما يفسر على أن النظام الصحي في الجزائر يعاني من اختلالات في كل من المجالات السابقة الذكر، وبالرجوع إلى إجابات العينة عن السؤال التاسع والتي تبين أن الثر الاختلالات النظام الصحي تكمن في الجوانب التنظيمية التسييرية والقانونية وكذا المتعلقة بالموارد البشري. في حين قد ركزت الإصلاحات على الجانب الهيكلي، وهذا ما يمكن تبريره بان عملية الإصلاح التي باشرتھا الدولة ركزت على إعادة الهيكلة وأهملت الجوانب الأخرى أي الجوانب المالية والقانونية والتنظيمية التسييرية وهذا ما تأكده نتائج جدول رقم (10).

¹-ملاحظة مجموع التكرار لم يكن 100 نظرا أن المستخدمين في المؤسسة وضعوا علامة x في أكثر من خانة.

جدول رقم (10)

النسبة المئوية	اتلركار	العنية
		الأجر
%63	63	إعادة هيكلية
%14	14	إعادة التأهيل الموارد البشرية
%09	09	التسيير والتنظيم
%10	10	الجانب المالي
%04	04	الجانب القانوني
% 100	100	عومجما

المصدر: إعداد الطلبة.

11- هل تم استشارتكم من طرف الهيئات الوصية عن طريق ممثليكم (نقابات القطاع) قبل عملية الإصلاح النظام الصحي ؟

الجدول رقم (11)

النسبة المئوية	اتلركار	العنية
		الجواب
%17	17	نعم
%83	83	لا
%100	100	المجموع

تبين الإحصائيات المبينة في الجدول رقم (11) أن 93% من أفراد العينة يرون أنهم لم يتم استشارتهم في عملية إصلاح النظام الصحي الجزائري وهذا راجع لتغييب دور النقابات والجمعيات من طرف الدولة في الإدلاء بآراءها وأفكارها حول برامج ومجالات الإصلاح الصحي هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم قيام النقابات بأدوارها المنوطة بها من مشاركة وتوعية وتوجيه. ويمكن أيضا تفسير هذه النسبة لعدم احتكاك المستخدمين بالتنظيمات النقابية أو لانعدام الوعي في

المجال النقابي، بينما يرى 17% فقط أنه تم استشارتهم وهذا على أساس أنهم فاعلين في ممارسة العمل النقابي الذي ساهم في جعلهم الأقرب إلى كسب المعلومة عن طريق الحوار الاجتماعي والتشاور المنتهج من طرف الدولة ولاسيما وزارة الصحة والسكان على أساس أنهم شركاء اجتماعيين، ومن هذا المنطلق يمكن لنا تعميم النتائج و القول أن السلطات العمومية التي بادرت إلى إصلاح النظام الصحي في الجزائر، وأخذت بعين الاعتبار آراء المستخدمين في قطاع الصحة بواسطة ممثليهم النقابيين، ولكن تبقى هذه الاستشارة ضيقة النطاق لأنها لم تشرك أغلبية النقابات في عملية الإصلاح .

12- هل لك علم أو اطلاع على النهج التعاقدية الذي برمجته الوزارة كمشروع إصلاح للنظام الصحي؟

الجدول رقم (12)

		العينة
انلصلة المئوية	اتلركار	الجواب
18%	18	نعم
82%	82	لا
100%	100	المجموع

المصدر: إعداد الطلبة.

تبين النتائج في الجدول، أن 82% من أفراد العينة ليس لهم علم أو اطلاع على النهج التعاقدية الذي برمجته الوزارة كمشروع إصلاح للنظام الصحي الجزائري وراجع الى كون عملية الاصلاح جرت في ظروف غامضة ومعتم عليها دون استشارة للفاعلين والشركاء الاجتماعيين (هذا ما بينه نتائج الجدول السابق)، بينما 18% كان لهم اطلاع بالنهج التعاقدية الذي برمجته الوزارة وذلك بناء على تلقيهم تكويننا (الإطارات) بالمدرسة الوطنية للإدارة والمناجمنت الكائن مقرها ببرج البحري التابعة لوزارة الصحة.

13- هل تعتقد أن تفعيل النهج التعاقدى بين المؤسسات الصحية والضمان الاجتماعى والمؤسسات الأخرى (عمومية او خاصة) يمكن ان يساهم في اصلاح النظام الصحى ؟

الجدول رقم (13)

		العينة
انل نسبة المئوية	اتلركار	الجواب
%78	78	نعم
%22	22	لا
%100	100	المجموع

تشير نتائج هذا الجدول رقم (13) أن أغلبية العينة 78% يرون أن تفعيل النهج التعاقدى بين المؤسسات الصحية والضمان الاجتماعى والمؤسسات الأخرى عامة أو خاصة يمكن أن يساهم في إصلاح النظام الصحى وهذا راجع إلى أن أغلبية أفراد العينة من ذوي المستويات العلمية، في حين ترى 22% أن تفعيل النهج التعاقدى لا يساهم في إصلاح النظام الصحى هذا يفسر عدم دراية هذه الفئة بمقاربات الإصلاح التى تنتهجها الدول في مجال الصحة نظرا لضعف مستواهم العلمى.

14- هل تعتقد أن تحسين الخدمات الصحية يكمن في الشراكة والتعاون قطاع العام مع القطاع الخاص؟

الجدول رقم (14)

		العينة
انل نسبة المئوية	اتلركار	الجواب
%68	68	نعم
%32	32	لا
%100	100	المجموع

المصدر: إعداد الطلبة.

تبين النتائج أن نسبة 32% من أفراد العينة لا يعتقدون أن تحسين الخدمات الصحية يكمن في التعاون والشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، ويمكن تبوي هذه النسبة بأن القطاع الخاص

ليس في صالح شريحة كبيرة من السكان، كون القطاع الخاص يهدف إلى الربح وبالتالي لا يستطيع المواطن تمويل تكاليف العلاج بسبب ارتفاع الأسعار، عكس القطاع العام الذي لا يهدف إلى الربح، بالإضافة إلى كون العلاج في المؤسسات الصحية العمومية حق دستوري (مجانية العلاج). بينما يعتقد 68% من أفراد العينة أن تحسين الخدمات الصحية يكمن في التعاون والشراكة القطاعين العام والخاص، وهذا راجع لامكانية الاستفادة من نوعية الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص والمناهج التسييرية التي يطبقها.

15- هل حققت عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر اهدافها؟

الجدول رقم (15)

		العينة
انل نسبة المئوية	اتلركار	الجواب
04%	04	نعم
96%	96	لا
100%	100	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الأغلبية من أفراد العينة 96% ترى أن عملية الإصلاح لم تحقق أهدافها ويمكن تفسير هذه النتائج على أن الإصلاحات في نظر الأغلبية اقتصرت على الجانب الهيكلي للمؤسسات الصحية وأهملت الجوانب الأخرى ، أما نسبة 04% من أفراد العينة التي ترى أن عملية إصلاح النظام الصحي حققت أهدافها، أي في الجانب الهيكلي.

16- هل ترى ان هناك ضرورة لإعادة إصلاح النظام الصحي الحالي؟ وإذا كانت الإجابة نعم وضحاها؟

الجدول رقم (16)

		العينة
انل نسبة المئوية	اتلركار	الجواب
100%	100	نعم
00%	00	لا
100%	100	المجموع

المصدر: إعداد الطلبة.

نستنتج من خلال النتائج المبينة في الجدول، أن نسبة 100% من أفراد العينة تدعو إلى ضرورة إعادة إصلاح النظام الصحي، وهذا جواب متوقع لان اغلبية العينة في السؤال السابق بعدم تحقيق عملية الإصلاح لأهدافها، أما في ما يخص 4% من العينة التي رأت بان عملية الإصلاح حققت أهدافها مع ضرورة إعادة إصلاح النظام الصحي أي أن يشمل الإصلاح الجوانب الأخرى. بعد ذلك قمنا بطرح سؤال يتعلق بتوضيح بموقف أفراد العينة من ضرورة إعادة النظام الصحي المعمول به حاليا ، فجاءت الإجابة من طرف المستجوبين متقاربة جدا وأجمعت على أن النظام الصحي الحالي في وضع يرثى له، فهناك من وصفه بالسيئ جدا، أو بالضعيف جدا، أو نظام صحي غير مقبول أو متدهور، والإصلاحات لا تتماشى مع الوضعية الاجتماعية للعامل، وهناك من يرى من أفراد العينة أن النظام الصحي المعمول به حاليا لا يتماشى والتطورات الحاصلة في الميدان مقارنة بالقطاع الخاص، حيث نلاحظ على مستوى المستشفيات نقص كبير في الإمكانيات والعتاد الطبي بالإضافة إلى تهمة تام للعامل في قطاع الصحة، زيادة على ذلك هناك هياكل صحية شاغرة وغير مستغلة وهذا راجع إلى النقص الفادح في عدد الأطباء والممرضين؛ ولكن هناك من أنصف نوعا ما النظام الصحي الحالي، وقال بأنه مقصر في تقديم الخدمات الصحية للمرضى ولكنه قابل للتحسين والتطوير، وهو في مجمله قابل لإدخال إصلاحات حقيقية ولكن

بشروط استشارة الشركاء الاجتماعيين من نقابات وعمال على حد سواء، وأجاب البعض الآخر بأن النظام الصحي المعمول به حالياً مقبول نوعاً ما مع وجود بعض النقائص، ولكن بمقارنته مع القطاع الخاص فهو نظام بطيء الحركة، و بالتالي يجب عليه تقبل الإصلاحات الجديدة.

17-ماذا تقترح لانجاح اصلاح النظام الصحي؟

وفي أخري طلبنا من أفراد العينة تقديم اقتراحاتهم من أجل إنجاز عملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر، فكانت الإجابة متشابهة أحيانا و متباينة أحيانا أخرى.

-أولا تقييم الوضع للوقوف على النقائص الموجودة في النظام الصحي الجزائري.

-استشارة المستخدمين العاملين في القطاع قبل البدء في عملية الإصلاح.

-الإهتمام أكثر بالجوانب الاجتماعية والمهنية للعمال في القطاع و تحسين ظروف العمل حتى يتسنى لهم تقديم مجهود أفضل.

-الزيادة في التخصصات والتأكيد على توفير الإطارات والمستخدمين في قطاع الصحة.

-زيادة عدد المستخدمين في القطاع لاسيما ما يتعلق بالسلك الطبي والسلك الشبه الطبي، وذلك

للقص المسجل على مستوى المؤسسة خاصة ما يتعلق بالأطباء المتخصصين في أمراض النساء

-تحسين المستوى العلمي للمستخدمين والتركيز على التكوين عن طريق تنظيم دورات تكوينية

لفائدة العمال في القطاع دون إستثناء.

-تصنيف العامل حسب مستواه والمجهود المبذول.

-الحوار الجاد من طرف السلطات العمومية ممثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح

المستشفيات مع النقابات الممثلة للمستخدمين في القطاع.

-إعادة النظر في تعيين المسؤولين على أساس الكفاءة والمهنية.

-توفير الوسائل المادية والتكنولوجية الحديثة من أجل تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

-ضرورة دعم الدراسات الأكاديمية في التخصصات الطبية وذلك من أجل رفع المستوى.

-توفير الأدوية بالصيدليات المركزية على مستوى المستشفى نظرا للقصور الفادح في كميتها.

-إعادة النظر في القانون الأساسي لكل فئات مستخدمي قطاع الصحة.

-إعادة النظر في تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية

الإستنتاجات:

تبين النتائج المتوصل إليها من خلال عرض وتحليل فرضيات المحور الثالث المتعلق برأي أفراد العينة حول عملية إصلاح النظام الصحي، أن الإصلاح ضروري في كل الأحوال وهو عمل متجدد، وذلك من أجل تصحيح الأخطاء ومحاولة تفاديها عن طريق العمل الجماعي والمنسق لا العمل الارتجالي والأحادي الجانب. ونستنتج أن عملية إصلاح النظام الصحي كسياسة عامة عليها أن تركز على ثلاث جوانب هي:

-زيادة عدد المستخدمين والاهتمام بعنصر التأهيل والتكوين.

-تحسين الأوضاع الاجتماعية والمهنية للمستخدمين في القطاع.

-تفعيل نهج التعاقد بين المؤسسات الصحية العمومية والمؤسسات الضمان الاجتماعي

والمؤسسات الأخرى (العامة والخاصة) لتحسين الخدمة وترشيد النفقات.

وتدل النتائج أن السلطات العمومية ممثلة في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

لم تحمل نفسها عناء استشارة المستخدمين الذين هم في الميدان، حيث أن 95% من أفراد العينة نفو

وجود أي اتصال مع الوزارة يخص عملية الإصلاح، هذا ما يعني أن كل القرارات السياسية الخاصة

بسياسة الإصلاح كانت مركزية، وبعيدة كل البعد عن واقع القطاع.

وتدل النتائج من ناحية أخرى أن النظام الصحي الجزائري فيه ما فيه من السلبيات، و لكن له

إيجابيات حسب الإجابة المنسوبة لبعض أفراد العينة، ومن بين هذه الإيجابيات أنه في صالح

شريحة واسعة من السكان، غير أن تلبية الاحتياجات الصحية يبقى ناقص و لكن قابل للتحسين

عندما تتوفر الإرادة السياسية في التغيير و الإصلاح.

والشيء الملاحظ كذلك هو أن جزء مهم من أفراد العينة أرجعوا أسباب فشل العمال في تأدية

وظائفهم إلى سوء التسيير والتنظيم الإداري وإلى ضعف دور التكوين النقابي لدى العمال، و كذلك

كثرة النقابات دون تحقيق أي شيء من أهدافها منذ تأسيسها، وكذلك الصراعات الشخصية داخل النقابات نفسها على بعض المصالح و المكاسب السياسية، مما أفقدها توازنها وحركيتها، أما سياسة الهروب إلى الأمام من طرف السلطات العمومية كانت من بين الأسباب التي أدت إلى غلق أبواب الحوار وبالتالي انعدام حلول ناجعة لمشكل الصحة في الجزائر.

خلاصة الفصل

تظهر الدراسة الميدانية الماثلة أمامنا أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة كعينة من مجموع الهياكل الصحية العمومية، أنها الميدان الحقيقي الذي يعكس نجاح أو فشل سياسة الإصلاح التي باشرتها السلطة العمومية في الفترة الزمنية المحددة لهذه الدراسة، ومن خلال الأسئلة التي تم التطرق إليها في إستمارة البحث، والأجوبة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تبين لنا أن النظام الصحي في الجزائر يعاني من تدهور كبير على كل المستويات التنظيمية والاجتماعية والإقتصادية، ويعود ذلك إلى كون عملية الإصلاح التي باشرتها السلطة السياسية منذ عشرية كاملة لم تكن كافية؛ بل أظهرت عدة تناقضات تعكس الصعوبة التي يواجهها القائمون على تسيير هذا القطاع الحساس.

إن عملية إصلاح النظام الصحي حسب رأي أغلبية أفراد العينة هي عملية ضرورية لتغيير الوضع، ولكن لا بد من أخذ رأي المعنيين بالإصلاح وهم المستخدمين في القطاع، ويجب أن يركز هذا الإصلاح على المورد البشري والشراكة بين القطاع العام والخاص، بالإضافة إلى تفعيل النهج التعاقدية من أجل ترشيد التمويل الصحي .

الخاتمة

خاتمة

من خلال ما تطرقنا إليه في متن الدراسة، نستنتج أن النظام الصحي الجزائري يعاني من اختلالات ومشاكل في عدة جوانب (هيكلية، تنظيمية تسييرية، قانونية، مالية... الخ)، وهذا ما جعل تقوم الدولة بعدة إصلاحات النظام الصحي وخصصت لها ميزانية ضخمة جدا، قد ساهمت في إحداث بعض التغييرات على مستوى الهياكل والمستخدمين وتغيير الخريطة الصحية التي تبنت التوزيع العادل للأطباء المتخصصين والموارد المالية على كافة المستشفيات، وضمان تغطية صحية شاملة، كما ساهمت هذه الإصلاحات في اعتماد الدولة على مستهلكات الصحية الوطنية بدلا لاستيراد من الدول أخرى، لكن الملاحظ أن اغلب الإصلاحات التي اعتمدها الدولة ركزت على الجانب الكمي وأهملت الجانب الكيفي بحيث اهتمت بزيادة عدد الهياكل الصحية وزيادة عدد الأطباء وهو ما لا يتوافق مع الأهداف الإصلاح .

وبناء عليه فإن الدراسة تؤكد الفرضية الأولى ، باقتصار إصلاحات النظام الصحي في الجزائر على مجالات محددة (هيكلية وتمويلية) . إن لكل سياسة عامة مبادئ وأهداف معينة، وعملية إصلاح النظام الصحي في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، اتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري، يهدف التكفل بالصحة العامة للسكان من خلال إتخاذ مبدأ الوقاية خير من العلاج، وهذا المبدأ الذي إرتكزت عليه جل عمليات الإصلاح التي قامت بها السلطات العمومية منذ إسترجاع السيادة الوطنية وأدى إلى إهمال جوانب أخرى كمورد البشري والجانب القانوني والتنظيمي للمؤسسات الصحية.

ضمن هذا السياق، أكدت الدراسة أيضا الفرضية الثانية ، لم تحقق الإصلاحات التي باشرتها الدولة للنظام الصحي أهدافها المرجوة منها، نظر ا إلى تدهور وظهور مشاكل في القطاع الصحي العام التي هدمت جدار الثقة بين المواطن والمؤسسات الصحية العمومية لغياب الخدمات وجودتها (سوء التشخيص، غياب الرعاية الصحية، كثرة الاخطاء الطبية)، وقيام السلطات العمومية بخصوصية القطاع الصحي، بداية بخصوصية الممارسين الصحيين وصولا إلى خوصصة الخدمات الصحية، مما

أدى القطاع الصحي الخاص ينافس المستشفيات العمومية، ويهدف إلى الربح والتجارة بالصحة ويستقطب الفئات القادرة على دفع مستحقات العلاج فقط. وذلك أن إصلاح النظام الصحي اقتصر على جوانب معينة وأهملت المورد البشري لما له أهمية في أداء المؤسسات الصحية وقيام بمهامها، وجانب التنظيمي والقانوني المسير لهذه الأخيرة.

من جهة أخرى، وتأكيداً على صحة الفرضية الثالثة، والمتعلقة بالمورد البشري فإصلاح النظام الصحي في جانبه المادي والهيكل لا يجب أن يكون على حساب التأهيل وتكوين المورد البشري، حيث عدم الاهتمام بهذا الأخير لا تؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها الإصلاحات الصحية. بالإضافة إلى المناخ العملي من جانبه التنظيمي والتسييري، لأن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة، مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس نقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداماً سيئاً، الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على تقديم جودة ونوعية في الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.


ومن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة، العولمة، المنافسة مع القطاع الخاص، الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لبلادنا يتحتم على مؤسساتنا الصحية أن تعمل على تحويل عميق لطرق تسييرها، وتجديد تام لأدوات التسيير وقنوات الاتصال مبنية على التسيير التقديري بالأهداف، الاهتمام بمعايير المردودية، الكفاءة والفعالية الشيء الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية ذات جودة ونوعية وبأقل تكلفة.

إقتراحات و توصيات

نظراً لأهمية هذا الموضوع على كل المستويات، وبإعتباره المرآة التي تعكس نمو وتطور صحة المجتمع، إرتأينا أن نقدم بعض الإقتراحات والتوصيات التي نرى فيها الحلول المناسبة لحل مشكل الصحة في الجزائر بصفة عامة، و إصلاح النظام الصحي بصفة خاصة.

- إعادة النظر في الخريطة الصحية، وربطها بالتوزيع الحقيقي للسكان على مستوى كل التراب الوطني، وذلك بمساعدة كل الأطراف والشركاء الاجتماعيين سواء المؤسسات السياسية المتمثلة في الوزارة، والجمعيات والنقابات العمالية وحتى الأحزاب السياسية والسكان.
- تحديد مظاهر العجز والقصور على مستوى مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، والتي نعتقد أنها تتعلق بالجوانب التنظيمية والهيكلية لمختلف أنواع هذه المؤسسات (المراكز الإستشفائية الجامعية، المستشفيات العمومية،...)، والمتعلقة أساسا بتنظيم السلطات وتحديدتها، وضع الأولويات وترتيب الأنشطة و تنسيق الأعمال داخل المؤسسات الصحية.
- ضرورة تجهيز المؤسسات الصحية بأحدث الأجهزة الطبية، وذلك من أجل تخفيف الأعباء على المواطن الذين ينتقلون في بعض الحالات إلى ولايات أخرى لإجراء بعض الفحوصات الطبية.
- الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى.
- الإهتمام أكثر بالتكوين نظرا للنقص الكبير في العنصر البشري (الرأسمال البشري)، خاصة ما يتعلق بالأطباء الأخصائيين، وهو الأمر الذي وقفنا عنده من خلال الدراسة الميدانية في المؤسسة الجوارية.
- تحفيز وتحريك الموارد البشرية: تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم. وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم، حتى يمكن مكافأة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

- الإهتمام أكثر بالجانب الإجتماعي والإقتصادي لدى المستخدمين في قطاع الصحة بشكل عام، من خلال تحسين ظروف العمل (توفير الأمن، النقل، الإطعام، السكن...)، والشيء الذي يؤرق الجميع دون إستثناء وفي كل القطاعات الراتب الشهري الذي أصبح يشكل العبئ الأكبر لكل العمال، والذي ساهم بشكل كبير في تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة.
- كما يجب عليها أن تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات، وأن تشجع المبادرات وأن تعمل إدارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير ومستقبل مؤسساتهم.
- ضرورة إشراك جميع الفواعل الرسمية والغير رسمية في أي سياسة مستقبلية تتعلق بقطاع الصحة عامة، وذلك من أجل توحيد الجهود و ربحا للوقت، وبالتالي تحقيق رؤية شاملة لما قد تمسه عملية الإصلاح، وهذا لتحقيق الشفافية في العمل ودرئ الغموض الذي يسبب الفوضى، وهو ما يعيشه القطاع في الفترة الراهنة.
- تفعيل النهج التعاقدى من أجل ترشيد الانفاق الصحي و تحسين إيرادات هذه المؤسسات من خلال إعطاءها الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها كما هو الحال في القطاع الخاص. كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.



قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المصادر :

• القرآن الكريم

• المعاجم القواميس:

- 1 -مجد الدين الفيروز آبادي، القاموس المحيط، باب الميم، فصل النون .
- 2 -جمال الدين أبو الفضل محمد بن مكرم، لسان العرب لابن منظور، مصر، القاهرة، دار المعارف، المجلد الرابع، ج28، 1981.
- 3 -زين الدين الرازي، لسان العرب لابن منظور، مادة نظم 578/12، باب النون، بيروت، دار الكتاب العربي ، 1425هـ.

ثانياً : الكتب

أ -الكتب اللغة العربية :

- 1 احمد مصطفى الحسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، المركز العلمي للدراسات السياسية، عمان، 2002.
- 2 إسماعيل قيرة و آخرون، مستقبل الديمقراطية في الجزائر، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002 .
- 3 انطوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، بيروت، المنظمة العربية للترجمة، 2005.
- 4 أحمد بن تيمية، السياسة الشرعية في إصلاح الراعي و الرعية، الجزائر ، ط1، سنة 1994.
- 5 توفيق إبراهيم حسنين،النظم السياسية العربية"الإتجاهات الحديثة في دراستها"، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002.
- 6 د. ثروت بدوي، النظم السياسي، القاهرة ، دار النهضة العربية ، 1989م.
- 7 خوجة توفيق بن احد وآخرون، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية،الرياض،مكتبة الملك فهد الوطنية،ط1، 2009م.

- 8 جمعية التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات والصحية ،الحالة الصحية والخدمات الصحية
في مصر ، مصر ،النشر جمعية التنمية الصحية والبيئية وبرامج السياسات والصحية ، سنة
2005 .
- 9 د.سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان ، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور
الاجتماعي ، مصر، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، 2004،.
- 10 سعد على العنزي، الإدارة الصحة، عمان، دار البازوري للنشر والتوزيع، 2009.
- 11 صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية ،عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون،
2009.
- 12 طلعت الدمرداش،اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر، الزقازيق، مكتبة القدس للنشر، الطبعة
الثانية، سنة1999.
- 13 عبد المحي محمود حسن صالح ،الصحة العامة بين البعدين الإجماعي والثقافي، مصر، دار
المعرفة الجامعية، 2003.
- 14 د.عبد الناصر جندلي، مرشد الباحث في المنهجية وكيفية إعداد وإخراج البحوث الجامعية،
دار هومة للنشر و التوزيع، لندن.
- 15 عبد الناصر جندلي ،تقنيات و مناهج البحث في العلوم السياسية و الإجتماعية ،الجزائر،
ديوان المطبوعات الجامعية، 2005 .
- 16 عمار بوحوش،دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية،الجزائر، موفم للنشر،
2002.
- 17 د. عدلية العلواني ، أنماط التعاقد في الانظمة الصحية ،الجزائر،دار هومة للطباعة والنشر
والتوزيع، 2014.
- 18 فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1،
2008.

- 19 كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق،، واشنطن، صندوق النقد الدولي، 2004
- 20 مصطفى خشيم، نظرية السياسة العامة، المؤتمر الوطني للسياسات العامة في ليبيا، بنغازي، 2002.
- 21 هولود ديدان، مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية، الجزائر، دار النجاح للكتاب، ط1، 2005.
- 22 نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، 2012.
- 23 نور الدين حاروش، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد07، 2009.
- ثانيا: المجالات والتقارير والمحاضرات
أ - باللغة العربية
- 1 كامل مهنا، الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول، المؤتمر الوطني الأول تجمع للهيئات الأهلية في لبنان، قصر الأنيسكو، 2 ديسمبر 1999.
- 2 منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، سنة 2000.
- 3 تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002: خلق الفرص للأجيال القادمة، عمان، المطبعة العربية، 2002.
- 4 علاء غنام، نحو منظور شامل لإصلاح القطاع الصحي يكرس مبادئ العدالة الاجتماعية، مدونة المبادرة المصرية، 2012.
- 5 ماجدة العطية، سلوك المنظمة، سلوك الفرد و الجماعة، عمان، دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 6 سعد الصاوي، محمود العرفي، التغيير في البيئة الداخلية لتفادي معوقات التغيير، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، الصادرة بالجزائر، المجلد13، العدد25، سنة2003.

7 -خافة سهيلة براحو، إصلاح المنظومة الصحية، واقع وأفاق،مجلة دراسات إستراتيجية،الصادرة - بالجزائر، عدد6، سنة2000.

8 -وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة ، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر في17جانفي2003 .

9 .ـ.عدمان مريزق، المداخلة بعنوان "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية"، المدرسة العليا للتجارة،الجزائر.

ب باللغة الأجنبية:

1- R.A.D.P, M.S.P, **Développement du système nationale de santé :stratégie et perspectives** ,

2- R.A.D.P,M.S.P,**Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009**, Alger,rnovembre 2004.

3- MINISTERE DE LA SANTE , **de la population et de la reforme hospitaliere** ,Les Réformes en Santé Evolution et Perspectives , Alger – Décembre 2015.

4- R.A.D.P, M.S.P, Direction de la planification, **statistique sanitaire**, Alger, Aout 1999.

5- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, **Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives**, Alger, 2001, p5.

6- Ecole National de Santé Publique, **le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives**, Alger, avril 2008.

- 7- R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population, **Développement du système national de santé, stratégie et perspectives**, Alger, Mai 2003.
- 8- Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, **Algérie Plan de travail 2004–2005**, novembre 2003.
- 9- O.M.S, **Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement**, Genève, 1999.
- 10- Ministère de la santé et de la population, Direction de la planification.
- 11- R.A.D.P, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, **politique nationale de santé, evaluation et perspectives (rapport global)**, 02 octobre 2007.
- 12- O.M.S, Bureau regional pour L'Afrique ,**Algérie: plan de travail 2004–2005**, nevenbre 2003.
- 13- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **statistiques sanitaires année 2007**, Alger, 2008.
- 14- Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **les réformes en santé evolution et perspectives**, Alger ,décembre 2015 .
- 15- Le ministère de la santé et de la population , **Rapport national sur le développement du système national de la santé** ,Alger , mai 2006 .
- 16- Jean–Paul Grangaud, **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie**, Défis nationaux et enjeux partagés, Ipemed, 2012, p13.

رابعاً: النصوص القانونية

أ - باللغة العربية :

- 1- ج.ج.د.ش، الأمر رقم 65-73 المؤرخ في 28/12/1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م.
- 1 ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، عدد 06 الصادر في 12 فيفري 1986.
- 2 المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 30/03/1994م المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري.
- 3 المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 19/10/1996 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب والتحليلات القيمة.
- 4 المرسوم التنفيذي رقم 143/93 المؤرخ في 30/03/1994 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية.
- 5 المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 09/04/1995م المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم).
- 6 ج.ج.د.ش، وزارة الصحة و السكان، المنشور الوزاري رقم 01-95 المؤرخ في 08 أفريل 1995
- 7 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام و الإيواء داخل المستشفى.
- 8 رئاسة الجمهورية، برنامج التنمية الخماسي 2010/2014، البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء برئاسة رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة، الجزائر في 24 ماي 2010 .
- 9 ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق ل 19مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.
- 10 - الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر بتاريخ 03 جمادي الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007.

- 11 ج.ج.د.ش، الجريدة الرسمية، العدد 20، المتضمنة قرار الوزاري المشترك المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية.
- 12 ج.ج.د.ش، الجريدة الرسمية، المتضمن لقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر سنة 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، العدد 15، ص 21.
- 14 ج.ج.د.ش. بموجب المرسوم التنفيذي رقم (11-380) المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- 15 بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990 .
- 16 المراسيم التنفيذية رقم 97-465-466-467 المؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ، المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية.
- 17 بموجب قانون رقم (74-100) الصادرة في 13 جوان 1974.
- 18 - المرسوم التنفيذي رقم (07-467) المؤرخ في 12/12/1997، المتضمن اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.
- 19 - المرسوم التنفيذي رقم (81-243) المؤرخ في 5 سبتمبر 1981م، المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.
- 20 - المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في 29/12/1993، المتضمن لمدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية.
- 21 - القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادي الثانية لعام 1412 والموافق لـ 18 ديسمبر 1991م، المتضمن قانون المالية.
- ب- باللغة الأجنبية :

1- Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008.

خامسا: الرسائل الجامعية

أ - اللغة العربية

- 1 - حسيني محمد العيد ،السياسة الصحية في الجزائر "دراسة تحليلية من منظور الإقتراب المؤسسي الحديث 1999-2012"، رسالة ماجستير ،جامعة قاصدي مرباح ورقلة،كلية الحقوق والسياسة،قسم العلوم السياسية،2012-2013 .
- 2 - خروبيي بزارة عمر، " إصلاح المنظومة الصحة في الجزائر 1999-2009-دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير ،جامعة الجزائر 03،كلية العلوم السياسية والإعلام،قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية،2010-2011.
- 3 - د.عدمان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لاداء النظام الصحي في الجزائر ، المدرسة العليا للتجارة ، الجزائر،مجلة العلوم الانسانية-جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد25.
- 4 - عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة-، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 2007 -2008.
- 5 - ناصري فوزية ،تطور السياسة الصحية في الجزائر،مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية الدولية ،تخصص سياسة عامة وتنمية.2014-2015.
- 6 - أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر.رسالة ماجستير،علوم اقتصادية، فوع 7 - تخطيط،جامعة الجزائر،2001.
- 8 - كحيلة نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ،مذكرة لنيل شهادة الماجستير،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة منتوري ، قسنطينة،السنة 2008-2009.
- 9 - حميدة بن حليلة، "الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر:النظام التعاقدية" تقرير التريص الميداني،السنة الرابعة فرع إدارة الصحة،المدرسة الوطنية للإدارة، أفريل2006.
- 10 طاهري طيبة،طرق تمويل المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير،تخصص نقود و تمويل، جامعة محمد خيضر،بسكرة، 2008 .
- 11 كيفاني شهيدة، التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية و التجارية، فرع تحليل اقتصادي، جامعة تلمسان،2006-2007.

- 12 صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، تقرير تريفص ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم تسيير فرع اقتصاد دولي، جامعة الجزائر 2003-2004.
- 13 ثميت خوجة ، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية فرع تسيير، جامعة الجزائر 1999-2000.
- 14 زيدان سناء ،إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير، جامعة الجزائر، 2001-2002.
- 15 بلقاسم حلوان، النهج التعاقدية كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة المسير، عدد خاص ، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جويلية 1998 .
- 16 ذهبية صيفي،" النهج التعاقدية كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري" مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في مناجمت المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جوان 2005.
- 17 أبو بكر الصديق عيساوي،" النهج التعاقدية كنمط جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحة." مذكرة تريفص السنة الثالثة، تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، 2005 .
- 18 علواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ، جامعة بسكرة، 2004 .

ب - بالغة الاجنبية

- 1- Lamri.L, **le système de santé algérien, organisation, fonctionnement et tendances** ,mémoire de magistère, université d'Alger, institut des sciences économique, novembre 1986.

سادسا: مواقع الالكترونية

- 1 حصيلة الرئيس عبد العزيز بوتفليقة، التوازنات العامة للإقتصاد الوطني (1999-2009)، 2010.

2- فضيلة الشيخ محمد إبراهيم هلال ، مفاهيم التغيير والاصلاح وفق سنن القرآن الكريم ، كلمة القيت في مؤتمر منتدى الوحدة الإسلامية في لندن بتاريخ 8 يونيو 2013.

<http://www.abraronline.net>

3- فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في المملكة
<http://www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day1/1c-health/11>.

4-Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie.

<http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf>.

5- Les 6 dossiers de la reforme hospitalière .

<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

سابعا: المقابلات

1- مقابلة مع السيد محمد بوجناح، نائب مدير المديرية الفرعية للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، مقر المؤسسة بالحاسنة، يوم 12/04/2016..

2- مقابلة مع السيد نصر الله محمد، نائب مدير لمديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، مقر المؤسسة بالحاسنة، يوم 13/04/2016.

3- مقابلة مع السيد موساوي عبد القادر، نائب مدير للمديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، مقر المؤسسة بالحاسنة ، يوم 14/04/2016.

4- مقابلة مع السيد سعداوي يونس، نائب مدير للمديرية الفرعية للمصالح المالية والوسائل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة، مقر المؤسسة بالحاسنة ، يوم 17/04/2016.

5- مقابلة مع السيد راشدي طاهر رئيس مكتب العلاج القاعدي ، وطبيب مفتش اسماعيل الجليلي لدى مديرية الصحة والسكان بسعيدة يوم 5/04/2016.

الفهرس

الفهرس

	شكر
	إهداء
أ	مقدمة
الفصل الأول: إصلاح النظام الصحي (الإطار النظري)	
01	تمهيد.....
02	المبحث الأول: النظام الصحي(التعريف،مكوناته،محدداته)
02	المطلب الأول: تعريف النظام الصحي.....
09	المطلب الثاني: مكونات النظام الصحي و ومحدداته.....
15	المبحث الثاني: السياسة الصحية.....
15	المطلب الأول: تعريف السياسة الصحية وتقسيماتها.....
18	المطلب الثاني: محاور السياسة الصحية.....
27	المطلب الثالث : أهمية و أهداف السياسة الصحية.....
30	المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي(مقاربة نظرية).....
30	المطلب الأول: مفهوم إصلاح.....
34	المطلب الثاني: إصلاح النظام الصحي.....
37	خلاصة الفصل.....
الفصل الثاني: إصلاح النظام الصحي في الجزائر	
39	تمهيد.....
40	المبحث الأول : التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.....
40	المطلب الأول :السياسة الصحية في الفترة من 1962-1973م.....
43	المطلب الثاني: المرحلة الثانية 1974-1989م.....
47	المطلب الثالث:المرحلة الثالثة 1989-1999م.....
51	المبحث الثاني: الاختلالات و الظروف المحيطة بالنظام الصحي الجزائري.....
51	المطلب الأول: الاختلالات النظام الصحي في الجزائر
56	المطلب الثاني: ظروف وأوضاع النظام الصحي في الجزائر

61	المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر (المشروع المخططات ومجالات الإصلاح)
62	المطلب الأول: مشروع ومخططات إصلاح النظام الصحي الجزائري.....
68	المطلب الثاني: مجالات إصلاح النظام الصحي.....
94	خلاصة الفصل.....
الفصل الثالث : دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة	
95	تمهيد.....
96	المبحث الأول مفهوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.....
96	المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.....
105	المطلب الثاني: نبذة عن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالحاسنة.....
105	المطلب الثالث: التنظيم والتسيير الداخلي للمؤسسة (الهيكل التنظيمي).....
115	المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.....
115	المطلب الأول: المنهج المستخدم في الدراسة وأساليب المعالجة وقياس.....
118	المطلب الثاني: مجتمع عينة الدراسة.....
119	المبحث الثالث: عرض وتحليل إجابات المبحوثين.....
119	المطلب الأول: تحليل إجابات الأفراد حول المعلومات الشخصية.....
124	المطلب الثاني: تحليل إجابات الأفراد حول الرضا المهني.....
127	المطلب الثالث: تحليل إجابات الأفراد حول عملية الإصلاح النظام الصحي.....
134	خلاصة الفصل.....
135	الخاتمة.....
139	قائمة المصادر و المراجع.....
149	الفهرس.....
	الملاحق.....

الملاحق

- جام-عة سعيدة -

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية

موضوع البحث

إصلاح النظام الصحي في الجزائر

دراسة حالة: المؤسسة العمومية الصحة الجوارية بالحاسنة ولاية سعيدة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: سياسات عامة وتنمية

إشراف الدكتور:

بالنور علاء الدين

إعداد الطالب:

محيوز فاطمة

السنة الجامعية

2016-2015

استمارة البحث

سيدي (ة) المحترم (ة)

و بعد ...

في إطار القيام بدراسة حول إصلاح النظام الصحي في الجزائر ، نتوجه إليكم بصفتمك مستخدما(ة) في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لتقدم لنا يد المساعدة و تزويدنا بالمعلومات حول هذا الموضوع، آمليين منكم التكرم بتعبئتها بعناية و دقة ، و اختيار الإجابة التي تراها مناسبة، علما بأن الإجابات ستحاط بالسرية التامة ، و لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، كما أنه في مثل هذه الاستمارة لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، و لكن الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن وجهة نظرك بصراحة و بموضوعية، وهو ما أطمح إليه من اجل نجاح هذه الدراسة .

شاكرة و مقدره لكم اهتمامكم و تعاونكم تقبلوا مني تحيات الخالصة.

الطالبة :محيوز فاطمة.

ملاحظة: الرجاء وضع علامة (x) على الإجابة المعبرة عن رأيك.

إعداد الطالبة : محيوز فاطمة

إشراف الأستاذ : بالنور علاء الدين

المحور الاول: البيانات الاولية.

1 -الجنس

ذكر

أنثى

2 -السن :

من 25-34 سنة

من 35-44 سنة

من 45-54 سنة

من 55 سنة فأكثر

3 -الحالة المدنية :

أعزب

متزوج

مطلق

أرمل

4 -المستوى التعليمي :

ابتدائي

متوسط

ثانوي

جامعي

5 - ما هي طبيعة عملك

استشفائي

استشفائي إداري

إداري

تقني

عامل

المحور الثاني: الرضا المهني.

6 - الأجر

أقل من 20.000 دج

من 20.000 دج إلى 40.000 دج

أكثر 40.000 دج

7 - الأقدمية في العمل

أقل 05 سنوات

من 05 إلى 10 سنوات

أكثر 10 سنوات

8 - هل تظن أن تحسين الخدمة الصحية يتوقف أساساً على تحسين الوضعية الاجتماعية والمهنية

للمستخدمين؟

نعم

لا

المحور الثالث: رأي المستجوبين حول عملية الإصلاح النظام الصحي.

9 - هل ترى النظام الصحي في الجزائر يعاني من اختلالات؟

هيكلية

تنظيمية تسييرية

قانونية

مرتبطة بالموارد البشري

مالية

..... إذا وجدت في مجالات اخرى اذكرها:.....

10 - هل ترى أن الإصلاحات التي مست قطاع الصحة ترتكز أساسا على ماذا؟

إعادة هيكلية

إعادة التأهيل الموارد البشرية

التسيير و التنظيم

الجانب المالي

الجانب القانوني

..... إذا اذكر هذه المجالات:.....

11 - هل تم إستشارتكم قبل عملية الإصلاح النظام الصحي؟

نعم

لا

12 - هل لك علم أو اطلاع بللنهج التعاقدى الذي برمجته الوزارة كأسلوب لإصلاح للنظام الصحي؟

نعم

لا

13 - هل تعتقد أن تفعيل النهج التعاقدى بين المؤسسات الصحية و الضمان الاجتماعى والمؤسسات
أخرى (عامة او خاصة) يمكن أن يساهم في إصلاح النظام الصحى ؟

نعم

لا

14 - هل تعتقد أن تحسين الخدمات الصحية يتطلب التعاون والشراكة بين القطاع العام و القطاع
الخاص؟

نعم

لا

15 - هل حققت عملية إصلاح النظام الصحى في الجزائر أهدافها؟

نعم

لا

16 - هل ترى أن هناك ضرورة لإعادة إصلاح النظام الصحى الحالى ؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة لا وضح لماذا:

.....

.....

ماذا تقترح لإنجاح إصلاح المنظومة الصحية:.....

.....

.....

الملحق رقم(02): نموذج عن خريطة الهياكل الصحية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بالحساسنة

E.P.S.P EL HASSASNAS

